

中国农民生存报告

蒋泽先 著

江西人民出版社

VISIT...

LANZAROTE Caliente.com



中国农民生死报告

蒋泽先 著

江西人民出版社

中国农民生死调查报告

佚名

简介

我是一个从医近40年的医生。我相信一点，记忆的留存一定会经过情感和良知的筛选。那些农民生老病死的场景经过年复一年的过滤沉淀蓄积在记忆里，已经浓得抹不去，挥不走了，在膨胀，已凸起，要从心底喷射出来。诚然，生老病死是大自然的规律，农民亦然。然而，生，生在他们不该出生的地方；死，死在他们不该死亡的年龄；病，病了没有获得他们该享受的权利；老，老了少有或没有亲情相伴。 ...

引子引子

生离死别，

揪人心痛的悲歌知多少！

芸芸众生，孰不爱生？

——秋瑾

你的血液里没有情人和春天

没有月亮

面包甚至也不够

朋友更少……

——顾城

凡事有头，本书亦然。

生老病死是大自然的规律。

《周易》道："天地之大德曰生，生生不已；天地之大德曰死，死死不已。"有了生生死死才有了世界的进化，有了人间的喜怒哀乐。

人生舞台上，情感之歌千千万万，最为揪人心痛的一曲莫过于生离死别了。而亲历或感受过这揪人心痛之情次数最多的，莫过于医生这份职业了。

我是医生。

太多太多的生死离别的场景在我心底里沉淀着。时光流逝，岁月经久，那沉淀越积越厚，那场景激起的情感越来越浓。我抑制着，我总希望有一天，有一束阳光照射过来，使其慢慢化解。

然而，一直、一直没有能化解。

一切，都那么清晰地从脑海里浮起，一件，又一件……

上世纪60年代，读完了5年医学院的我，一竿子插到医疗卫生部门的最基层，鄂东一家农场的卫生所。这家卫生所只有两名医生两间房，一间是我的卧室，一间是诊疗室。人生第一次遭遇生死离别，阴阳两界就发生在那间不足20平方米的诊疗室里。

是60年代的最后一个春节的前两三天。

大雪纷飞。虽近黄昏，灰蒙蒙的天地被雪映衬得十分明亮。我一个人守着卫生所，守着一盏油灯。

响起了敲门声，进来两个男子汉，告诉我，他们家嫂子临产，孩子出不来，接生员正急，请我去帮忙。踏着深深的积雪，走了约七八里地，到了。那是汛区，那里农民住房的墙大都是用篾竹或玉黍秆编制，用黄泥巴糊就成的，风雪中像是在晃动。桌上一支燃着的白烛，在风中摇曳，时明时灭。灶间的火通红，比烛光还耀眼，显示出一点喜气和热闹。产妇在里间哼叫着，声若游丝。进屋一问一看，我急了！是初产妇，从没做过产前检查。胎位正吗？孕期血压高吗？各项生化指标正常吗？什么都不知道。接生员是只受过3个月培训的地道农村姑娘。她的出诊箱里只有红汞碘酒、剪刀、钳子、纱布和一支注射器，还不知作了怎样的消毒处理。在这间透风漏雨的房子里，靠两个出诊箱要保住母婴平安，这无疑是百分之一百二十的险事。我们尽心尽力，孩子头和一只手出来了。我已回忆不起当时的细节，只见阴部在出血，听见产妇在喘气，哇的一声，孩子总算出来了。而那出血用纱布塞不住，用冰冻不住，血压往下掉。我由紧张到害怕，由害怕又回到冷静。抬到诊所打吊针，补上液体，升起血压，抗休克，往下再往县医院送。这儿离县医院有五六十里地，到总场医院也要三四十里，直送恐怕会死在路上。两个男人将竹床翻倒，铺上棉絮。产妇就放进这简易的担架里，深一脚、浅一脚，直往诊所跑。一进屋就输液，找不到血管，瘪了，青紫色都不显现。只好在她大腿内侧切开股动脉推注。血管里已无血可流。我的心猛地往下一沉，那瞬间我十分清楚，她年轻的生命已经终止了。一阵揪心的痛在胸前漫开。我还是把葡萄糖、升压药强行快速地推进了她的血管。……

任凭岁月之河流淌了30多年，尽管我更换了数个工作单位，那夜的哭泣与惨痛，那夜的内疚与悲哀，那夜的风雪与寒冷，连同那个年轻产妇惨白的脸与她脸上凝固了的痛苦神情，深深地、深深地刻在我的脑屏上了。

我常常在梦里惊醒自责：刚出世的孩子为什么就这样失去了母爱？仿佛那孩子总在追逐着，总在喊叫着：“妈妈，妈妈，我要妈妈……”

两年后，我调到赣州市一家市级医院工作。

那是一个企盼阳光的季节。

绵绵秋雨淅淅沥沥下了七八天。

一夜急诊，平安无事。天亮时分，电话铃响了，总值班通知，马上出诊，地点是湖边公社石灰山大队。因淫雨久浸，那里几家农舍倒塌了，七八个农民被压伤。

救护车出城，在105国道上向北疾驶，走了10几里地，向西拐进窄小的泥泞乡村公路，厚厚的泥沙黏打着轮胎，坑坑洼洼，车速很慢。行驶了近2个小时，车停了，车前是溢满了秋水的稻田。雨雾中，可见稻田一边有人家，已听得见鸡鸣狗叫了。

司机按了几声喇叭，来了一个头戴斗笠的农民，自称是大队长，陪我们走进了一条更滑、更窄，泥胶更黏稠的山间小路。一弯又一弯，进了村，路两边是黄泥墙黑瓦房，又一拐坍塌的泥房呈现在眼前。迈过瓦砾，受伤的人安置在还没倾倒的里间和邻居家的厅堂上。桌上躺着的是孩子，竹床上卧着的是成人。村里人都来了，是围观还是在关心相助，说不清。一名赤脚医生简单地讲述了经过：大概在夜半（乡下人没有钟，只能是估计），雨大风猛，这几间房子哗啦啦地散了架。周围的人都醒了，抬的抬，叫的叫。我还以为只是压断了腿，擦破了皮。一看，我慌了手脚，这场面我从没见过。我急忙找生产队长，生产队长找大队长。大队长说赶紧往公社打电话。

没等他介绍完，我就向伤者扑去，首先抢救小孩，抠净他们鼻孔口腔里的泥土，尽管是全身发紫，我还是进行了口对口人工呼吸，做心内注射，做心脏挤压，总指望能救活一两个。近百双眼睛望着我。焦急、期待，希望出现奇迹。奇迹没有出现，我们晚到太久太久了。他们受伤已过去了9个小时，如果能及时赶到，如果当时可以就地抢救，一定会有生存者。有几个硬是活活窒息而死的！

在这偏远的山村，没有给氧的设备，没有输液条件，也不可能有呼吸机。他们没有抢救的基本知识。这儿只有“红汞碘酒，擦了就走”的简陋卫生所；只有“头痛发烧，APC三包”这样治疗水平的赤脚医生。医疗

救护之神宛如是月亮里的那棵桂花树。

死者一共是6人，4个孩子，2个大人。最小的还只有3岁。

我只在做学生时，走在解剖室里才面对过这么多的尸体。每次学习解剖课前与后，我都会向死者深深地鞠一躬。是他们为医学的献身，才使我能顺利地走进神圣的医学殿堂。此时此刻，我低下了头，不知该祈祷什么呢？

祈祷雨季不再来？祈祷来生他们会更好？失去了子女，失去了丈夫，失去了骨肉，也许，也许这一切原本都不会失去。

救护车启动了，车后那呆滞、悲痛、无望的目光一直尾随着我。仿佛穿越了时光的隧道，几十年来时不时地扎向我的脊背。

在赣南的日子里，因为我是大学毕业生，是“臭老九”，几乎年年是巡回医疗队的成员，我到过10余个县，几百个村庄。感谢那段日子的生活，使我明白了什么叫刻骨铭心，什么叫终生难忘，什么叫痛苦、悲伤，什么叫忍受、坚强。

大由乡隶属石城县，其西边一个叫罗田的小山村与瑞金县大柏地相邻。四面环山，山路弯弯，细窄坎坷。每年秋后送公粮的农民都是人挑肩扛，无公路可行。完全是出于好胜与好奇，每次下乡我都决心走遍每座村落，这次也不例外。

天亮出发，翻山越岭，下午2点到达生产队部。那天生产队的赤脚医生高兴而激动，他说，我是第一个到他们这儿出诊的城里的医生。他还说，有几个老农当年参加过反“围剿”。我惊奇的是，他们当中居然会有人背诵毛泽东同志那首《大柏地》：“当年鏖战急，弹洞前村壁。装点此关山，今朝更好看。”背诗的老人总架着腿，村里人叫他“老烂腿”。他右腿膝盖下方系着一块灰色的破布，血迹斑斑。我要帮他看看，他说：莫看，莫看，莫用看，已经不痛了，是死肉了。我还是为他解开了那块灰布。这刹那，我全身立毛肌都竖了起来，我不敢相信自己的眼睛，那伤口上蠕动的一条条白色的虫子，竟会是蛆！蛆的下面是白净的骨头。

老人说，3个女儿远嫁外乡，他只能厮守着这山、这山下的溪水、家门口的鸡狗过日子。就这样守着自己的生命直到死去。这辈子，他去过两次县城，已经很满足了。脚烂后，就再没出过村。

是同情？是怜悯？是悲哀？是叹息？是质问他的女儿不孝？是责怪赤脚医生不尽责任？留下了出诊箱里仅剩的半瓶150毫升雷佛奴尔液（一种防腐剂），我沉痛地离开了老人。

并非世上悲哀痛苦的事总喜欢光顾于我，我相信，每个曾在农村工作过或接诊过农民患者的医务工作者，在他们的记忆里，一定都储存过或还储存着这类凄怆悲凉的故事。

下面记录的文字发生在今天，讲述者是我的学生。

王秀秀是我的室友，在大二那年她母亲患上了食道癌，她陪母亲看病检查，晚上在女生宿舍里母亲和她挤在一张床上，白天母女俩就在学生食堂用餐，秀秀多买1个菜，妈妈都不同意。她妈妈说，两个辣椒就可以了。她妈吃菜不是为了营养，不是为了品味，仅仅只是为了下饭。食道有梗阻，她妈就用开水泡饭，秀秀买了碗饺子，她妈舍不得吃，留着秀秀下晚自习吃。她妈说，孩子读夜书，辛苦，肚子会饿的。检查完了，诊断明确了，要住院，她妈带的钱也用完了。妈说，回去筹钱，过了半个月，没见妈来复诊，秀秀急了，托人带信回去询问。妈说，就在乡下吃草药土方。老郎中说，土方可以治好“噎食病”（食道癌），秀秀希望出现奇迹。3个月后，她突然接到父亲电报：速回。一切在意料之外，一切都让秀秀百思不得其解。母亲出走了，生死不明，留下一张便条，还是从小学生练习本上撕下来的：秀秀，我走了。你一定要好好读书。母亲小学毕业，歪歪斜斜的字，看得出母亲写这几个字时手在抖，心也在颤抖。母亲生前老实巴交从不麻烦人，母亲死后也不愿麻烦任何人，她就是这样离开了人间吗？秀秀说什么也不相信。父亲说，母亲的病已到了晚期，米汤都很难喝进去，每天到卫生所注射葡萄糖，打一针要10块钱，开始是父亲陪她去，因农忙，母亲一个人去。母亲离家出走后，才发现母亲根本没去打针，那钱，妈存起来了。秀秀回家后，父亲从箱子里拿出来递给秀秀。秀秀才知道那是母亲省下来留给她读书用的。用报纸包了一层，又用塑料包了一层，最后用手绢包好用细红绳捆了一圈。父亲说，可能就只60块钱，第七天的早上她就走了，爸爸从田里回来，发现了这张纸条。60块钱对城里人来说，算什么？在母亲手里是多么重多么重呀！母亲走了，这又是一种母爱。秀秀说，人世间最伟大的是母亲，人世间最伟大的爱是母爱。母亲选择了这种方式让女儿能完成学业，能安心读书。任何一句安慰秀秀的话都是多余的，都是苍白无力的。那天我在她对面坐着，默默地坐，直到月光笼罩在我们身上。

那夜月光下秀秀的目光、秀秀脸庞上闪闪的泪珠和她的话语会永远

留在我的记忆里……

昆德拉说过，记忆与遗忘的斗争就是真理与强权的斗争。我不是哲人，我对这话的理解是迟钝的。我是一个从医近40年的医生。我相信一点，记忆的留存一定会经过情感和良知的筛选。那些农民生老病死的场景经过年复一年的过滤沉淀蓄积在记忆里，已经浓得抹不去，挥不走了，在膨胀，已凸起，要从心底喷射出来。

诚然，生老病死是大自然的规律，农民亦然。

然而，生，生在他们不该出生的地方；死，死在他们不该死亡的年龄；病，病了没有获得他们该享受的权利；老，老了少有或没有亲情相伴。

于是，我清理了我记忆中有关生与死故事里的农民；于是，我记录了当今农民讲述的他们生与死的故事。

我喜欢这段话：有一种生活，我们没有去经历过，就不知有揪心的艰辛；有一种艰辛，我们没有去尝试过就不会有切肤的感受；有一种感受，我们没有去亲密接触就不会从心底去理解，去认识。经历了，体会了，品尝了，理解了，认识了，我们就会去思考，去投入，去呼吁，去想为他们做点什么，温暖他们的生存，尊重、他们的生命，关注他们的渴望，关怀他们的生死——他们是中国人的大多数——我记下了他们生与死的故事，于是有了这本书，会吸引住你的眼球吗？——我堆砌起来的这些微弱的文字？

第一部分 契机：他们被推进了世人的视野第1节 没有吸引住眼球的大多数

一个聪敏的民族，从灾难和错误中学到的东西比平时多得多。

——恩格斯

我始终相信，只有我们用放大镜来看自己的错误，而用相反的方法来对待别人的错误，才能对于自己和别人的错误有一个比较公正的评价。

——甘地

没有吸引住眼球的大多数

先叙述两件不起眼的小事。

第一件事。前两年我外出到湖北巴东，是枯水季节，江边港口从趸船到出码头口坡陡阶多，爬上去不亚于攀登都市六七层高的楼房。在趸船上我遇见一个中年汉子，肩上背着鄂西川东特有的竹篾背篓，篓里装着被宰的半边肉。我和他一起登阶爬坡。他弓着腰，双手几乎触地，赤脚套一双不合尺码的解放鞋，拇趾和后脚跟都露在外面。登一步，脚指头伸一点，发出吱吱的响声。中途，他只歇过一肩，反背篓斜靠在坡石上，在篓底置一根有横柄的手杖支撑着。总算可以腾出手来抹抹汗，伸伸腰。我只喘气，汗流浃背，我不敢与他多言，怕他累。卸了货，歇一口气，我见他额上的汗珠一串又一串，同情地问一句：背一趟收费多少？他说，三五块钱。凭我医生职业的直觉和观察，他肯定刚患过肝胆疾病。他眼眶内球结膜呈现的黄疸还没褪尽呢！我开门见山地问：你得过胆囊炎还是甲肝？他睁大了眼睛，显示出惊讶。我继续问，你的病还没好全吧！就急着外出打工？身体要紧哪！他一声长叹：没得法子哟，家里几口人张着嘴，等米下锅。地里的包谷填不饱肚子。年初，我大病了一场，是肝炎，要救命，连牛都卖了，种不成地了。活命难哪！他告诉我，他是江对面官渡口镇的农民。晚上还要花钱过江，白天要吃饭，如果货源少，一天扛不上几次，连盘缠伙食费都赚不上。

城镇很多用人单位大都没有对农民工进行体检。我在调查中发现，不少农民是带着病痛外出打工或荷锄种田的。他们舍不得花钱治病，事

实上，他们也无钱治病。是他们不珍惜自己的生命么？

第二件事。在从武昌开往南昌的汽车上，遇见几位由湖北毛市、新河乡、棋盘乡到江西打工的农民，他们都是来自血吸虫疫区。用他们的话说，不是逃荒，是“逃疫”，“逃虫”。

他们家乡那儿血吸虫病又死灰复燃，变本加厉了。

村里几乎80%的村民患上了血吸虫病。坐在我身后的杨武还只15岁，已经有5次治疗血吸虫病的经历了。老李学会了烙饼的手艺，在南昌已居住了5年，他们珍惜生命，他们不得不背井离乡。

“虫”和“疫”是怎样复燃蔓延开来的呢？他们为什么要逃离呢？

不起眼的人，不起眼的事，不起眼的生活细节，不起眼的问题，很难引起众人或媒体的关注。

我们就以这两件不起眼的小事为着眼点，拉开我们的视野。

20世纪80年代末，我国卫生部制定了在20世纪末人人享有卫生保健的改革和规划目标：即到２０００年，全体人民都能获得基本的卫生保健服务，总体上达到与小康水平相适应的健康水平，实现人人享有卫生保健。这一目标的确定不仅是我国政府对世界卫生组织（WHO）提出的全球性卫生战略的积极响应与承诺，更是出于卫生发展与社会和经济战略目标相适应的考虑。

今天，我们已经跨入了２１世纪大门，我们已向前迈了几步，我们应该回首看一看，这一与经济发展密切相关的目标实现了吗？

20世纪末据国家卫生部提供的数字，我国有8%的人没有获得医疗服务。这个比例是低的，但按8%计算就约有1亿人口没有获得医疗服务，1个亿的绝对数相当于一个人口大国。1999年国家卫生部统计信息中心公布的第二次国家卫生服务调查主要结果的初步报告中告知，65.25%患者因经济困难需住院而未住院，33.18%的患者需就诊而未就诊。

2002年全国农村卫生工作会议上，当时的卫生部部长张文康在10月29日的讲话中告知我们：“约90%的农民自费医疗，在一些贫困地区农村有24.3%的家庭靠借钱或欠债支付医药费，5□5%的家庭为了看病而变卖家产，因病欠债的家庭有47%存在温饱问题。”我们还得知，“村医疗

点中，还有13.2%没有血压计，40.5%没有消毒锅，乡镇卫生院卫技人员中具有本科生以上学历只占1□4%，中专学历占53%，有36.4%的人员是普通高中及以下水平。”

2003年3月18日，温家宝总理在十届全国人大一次会议后举行的记者招待会上回答香港凤凰卫视记者问题时说：“中国13亿人口有9亿农民。目前没有摆脱贫困的3000万左右，这是按每年人均收入625元的标准计算。”“如果标准再增加200元，农村贫困人员就是9000万。”“中国东西差距很大，大家恐怕只是从概念了解，我想说一个数字，中国沿海五六个省市GDP超过全国GDP总值的50%。”温家宝总理在这段讲话之前报告了一组令人高兴的数字：中国改革开放以来GDP的增长速度年均在9%以上，近5年尽管受到亚洲金融危机影响，GDP增长年均在7.7%，2002年达到8%。尽管GDP在提前翻番，但是，在我国“2000年人人享有卫生保健”的目标并没有实现。按照党中央、国务院提出的建设小康社会标准，到2000年，我国还存在农民人均纯收入、人均蛋白质日摄入量、县初级卫生基本合格率等3项指标没达到标准。这3项都与农村、农民有关，都与卫生健康发生直接或间接的联系。这说明，一方面是经济发展的不平衡导致了卫生事业发展的不平衡（失衡点在广大农村）；另一方面是卫生事业的发展并没有达到与经济发展相适应的水平（同样，卫生事业欠发达地区仍是农村）。

我推荐一个词组：健康贫困（Health poverty）。其释意是一种机会丧失和能力剥夺，即由于经济发展水平低下，支付能力不足所导致的参与医疗保障、卫生保健和享受基本公共卫生服务的机会丧失，以及由此造成的健康水平下降导致的参与经济活动的能力被剥夺，从而带来了收入的减少和贫困的发生或加剧。

诺贝尔经济学奖得主阿马蒂亚曾经指出：贫困不能仅仅视为收入低下，还应视为基本能力的剥夺和机会的丧失。从这个角度看，因病致贫、因病返贫的根本原因不仅仅是因为看病所要支付相对收入高得多的医疗费所导致的，而是因为享受基本医疗保障和公共卫生服务的可行性丧失以及因健康水平下降而导致参与经济活动能力被剥夺的结果。基于这一观点，我们对健康贫困的认识将会更深更广。

1991年全国农村饮用自来水人口占农村人口32.8%，1998年为50.4%，2002年为55.1%，数字尽管上升，却还有4亿多农村人口尚未饮用自来水，其中有1亿人口喝不上清洁水。

20世纪末，全国农村地区改厕占农户总数比例为35%，粪便无害化处理率仅为28.5%（大部分欠发达地区比这还低），有8%的儿童没有享受免疫接种。

环境的污染，医疗条件的匮乏，生活的贫困，必然导致一些疾病的滋生和传播。

在农村，特别是贫困地区，一些重点传染疾、地方病发病率还很高，仍严重危害着农村居民的健康。比如，过去已有效控制的结核病出现回潮，现患疾人数达到500万，占全球肺结核病例的1／4；乙型肝炎依然在我国严重流行，全国现患病人和病毒携带者达1□2亿，占世界总数的1／3；艾滋病感染率已呈逐年大幅上升趋势，估计感染者已接近100万人；大骨节病、地方性氟中毒病、血吸虫病等重点地方病分布很广，危害仍很大，大都集中在中西部的老、少、边、穷地区，现疾病人5100万。“在农村，特别是贫困地区，农村居民主要健康指标的改善幅度明显减缓或停滞，城乡居民健康差距进一步加大。1994年农村孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别是城市的1.9和2.9倍，到2000年已分别上升到3倍和3.4倍。”（录自张文康2002年10月农村卫生工作会议讲话稿）

城乡经济差距在拉大，城乡健康水平差距也在增大。疾病正悄悄地袭击着贫穷笼罩着的生命。

阿马蒂亚还提出过另一个重要的观点：经济学必须关注贫穷。他曾说过，你不能凭富强和繁华判断一个社会的快乐程度，你必须了解草根阶层的生活。无疑，农民是草根阶层的终末支。他们的富裕才能显示我们社会的富裕。

是的，我们的社会从来没有像今天这样富裕与繁华，我们的百姓从来没有像今天这样奔放与欢乐。

致富之路已开拓一新。

但许多人又返贫了，抑或他们从来就没有富过？原因有很多很多……

有一组许多人都很熟悉的数字：我国卫生资源的20%分布在农村，而我国城乡人口比例是3：7。

80%的卫生资源，那是大多数；70%的人口那更是大多数。这组数

字不能不说是农民致贫返贫的原因之一。

这么多年来大多数人在呼喊，在叹息，在啜泣，许多有识之士在为他们呼喊、献策、出力，一直没有吸引住更多人的眼球。

一年又一年，一年又一年。终于，他们被推进了世人的视野。

第一部分 契机：他们被推进了世人的视野第2节 感谢最后的“非典”(1)

人类忘不了２００３年。

中国人更忘不了２００３年的春末夏初。

感谢“非典”，他们的呼喊，他们的行为，他们的生存环境，乃至他们的足迹，终于吸引住了国人乃至全人类的眼球。

“非典”放大了我们所处的这个时代的农村与农民的某些局部和细节。

农村，波峰浪谷的剪影。

南风卷着夕阳的余光洒在山间的小路上，一声又一声的敲击声沿着弯弯曲曲的山路滑向山坡，落进山谷，滚进路边的黑瓦灰墙的农舍，填进锣声与锣声的间隙中的响声是一个农民的沙哑嗓音：“预防‘非典’，人人有责。有人返乡，立即通报。以法防‘非典’，科学治‘非典’……”

农舍门前趴着的那条狗已习惯了这样的叫声，不像第一次听到锣声、叫声那样惧怕惊吓，疯似的扑向敲锣者和叫喊者。它只是懒懒地抬起头，摇摇尾巴，发出几声吠吠之音后，钻进了门口边那扇狗洞。

敲锣者喊叫者远去的背影与他们的声音一起渐渐融化在黄昏的雾霭里。

黄昏的雾霭里怎么也融化不了从他们胸腔里喷射出的那支高亢的兴国山歌的旋律：

哎呀嘞，伢唱山歌你听清，

“非典”预防最要紧。

干咳少痰病初起，

喷嚏一打传疾病，

同志哥，赶紧到医院量体温。

哎呀嘞，全身关节都酸痛，

三十八度往上升，

有了病情早报告，

相信科学要认真。

熟悉的旋律在宣传着疾病预防的知识，熟悉的旋律似乎还在传播着山里人那股坚定和自信。我们仿佛感受到了一种文化的穿透力，穿过了战争的风雨，穿过了艰苦的岁月，在顽强地表达着叙述着什么。我们寻找出一些基因在一代又一代人身上遗传，一幅幅画面早已定格成为历史，历史的责任是要告诉未来……

今天，我写下这节文字时，那夕阳下戴着草帽，汗水浸透衣裳的村医背影已在我脑海里凝固成一幅沉甸甸的油画。在那个苦夏的日子里我去了趟江西省永丰县。这个县的每个乡、每座村都有由1名村医和2名农民组成的巡视组，在走村串户发送宣传单，宣传抗击“非典”的知识，检查监督流动人口的返乡。责任重大，工作艰辛，方法原始。就是这样原始的方法，已经让许多农民知道了“非典”的知识，知道了发热就要报告，知道了染上“非典”就要隔离。山里农民不担心自己染上“非典”，他们最担心是外出的子女，山高路远，捎不上信，他们只有烧几炷香，对远方默默地祈祷，只有对敲锣者投去祝福的目光……

人类与“非典”不期而遇，毫无准备地进入了非常状态。

“非典”的传播速度在于两点：一是传染源，二是人口流动。

这两点都已具备：疫区民工可能是传染源，返乡人流是巨大的流动链，这就是蔓延的途径。

已返回的４００万人口和还有在继续返回的流动人口，一时成了全世界媒体关注的话题，成了我国防疫战线研究实施的课题。

能阻住“非典”向农村蔓延吗？

村医们那些原始的方法能发挥作用吗？

2003年４月２３日，国家财政部公布２０亿元“非典”防治基金用途的引文中，摆在第一位的是农村、农民：

5 月 1 日，胡锦涛总书记到天津视察防治“非典”情况，作为应倾力预防的对象，他第一个指出的就是“农村”，呼吁打一场防治“非典”的人民战争。

5 月 1 1 日— 1 4 日，胡锦涛总书记又来到四川省视察，强调指出，农村地区防治“非典”是整个防治工作的重要组成部分。农村人口占全国的70%，疫情一旦在农村扩散，后果将十分严重，一定要把农村“非典”防治工作摆在突出位置，抓得紧而又紧，实而又实。

5月6日，国务院在京召开了全国农村“非典”防治工作电视电话会议，温家宝总理强调农村“非典”防治工作要落实 9 项措施：一是加强领导；二是开展宣传教育；三是加强农村疫情监测；四是建立救治机制；五是加强培训和巡诊；六是实行“三就地”原则，切断疫情传播疫道；七是对农民患者一律实行免费医疗；八是齐抓共管，群防群控；九是实行部门和地区预防联控。从国务院到省政府、市政府、县政府、乡政府都在一条一条地落实。

世界卫生组织专家莫格尔结束考察中国“非典”疫情后，发现我们的公共卫生防疫体系存在4大问题：

一是缺乏专业公共卫生人员，尤其是乡镇地区公共卫生人员得不到专业培训。

二是疾病监测报告体系较落后。在他考察过的北京、上海、广东、河北、河南诸省市，所见到的乡镇中，只有一个乡镇运用了电子系统报告疫情，其他都是以手工制作报表或电话通报，疾病报告系统都没有评估环节，无法了解数据是否准确到达指定地方。例如，省级疾病控制中心起初未将数据报告到国家疾病控制中心，而是通过国家卫生部转移数据。

三是数据分析迟缓。疫情报告数据包括数字、发病地区、症状、是否群聚感染等。北京在 4 月下旬疫情暴发后，仍未分析病例数据，一半以上病例传染源不清晰。

四是实验室检测能力不足。河北、河南等农业大省防疫部门缺乏健全的实验室检测系统。

世界卫生组织在一份声明中说：“世界卫生组织官员尤其担心中国边远省份的‘非典’疫情，在那些地方，监督和报告体制可能不够灵敏，不足

以查到所有可疑似和可能的病例。”

这是一个极大的受人类关注的悬念！

永丰县在江西省中部，正是肚脐眼的部位。

说到永丰，知道的人一定不多，凡读过毛泽东同志诗词的人大概都能背诵出这样的诗句：“雾满龙冈千嶂暗，齐声唤，前头捉了张辉瓒。”龙冈就是永丰县境内南端的一个乡，是革命老区，更是贫困地区。县城恩江镇１０余万人，没有水路，不通火车，只靠公路。全县有４７万人，外出人口达８万，已返乡３７００余人。面对这３７００余人，县卫生局要求要一个个查体温、问症状，登记他们返乡的时间、车次，接触过的人员。凡从疫区返回的统统隔离。不能漏人，不能少项。就像排雷一样，一个一个地排除，下村的工作人员都知道，这不是走形式，这是实实在在的工作，漏一个就有可能害一群。

第一部分 契机：他们被推进了世人的视野第3节 感谢最后的“非典”(2)

那是２００３年４月２６日，县卫生局副局长刘勇检查完工作后从乡里返回县城，已是晚上８点钟，途中又接到电话：离县城１００公里地的一座自然村有个返乡农民发热。他们无暇顾及吃饭，买两块面包，匆匆上路。大家抓紧车上片刻时间打个呼噜。乡村公路颠簸难行，午夜才见到病人。测体温，问症状，送到乡卫生院看发热门诊，查白细胞。隔离１５天是叫人为难的事。乡卫生院没有条件，所谓村卫生院实际就是村医自己家的厅堂。隔离期间，谁做饭送饭?只能回家就地隔离，关在家中那间泥舍里。几次深夜，我与刘勇通电话，他都在车上，“非典”的日子里，他的脚没落过家，他的任务是找、查、问，安排返乡民工就地隔离、观察。在南方许多县镇，对于已返乡进村的外出民工只能做到这点。

以后，村村设卡建哨，返乡的民工统统隔离，住在村外临时搭建的简易凉棚里。不愿居住的偷偷跑走，四外流窜。事实上，他们哪儿也去不了，各村各户都在严防死守，城市各旅社宾馆都要登记造册，城镇居委会挨家挨户查询，许多县乡医院大都开设了发热门诊，免费为农民２４小时开放。流而难动，２００３年春末夏初的中国南方农村返乡流动人口大致处在这样的状态。

尽管人才、物力、财力有限，县卫生局乡镇卫生院，村医和农民兄弟一起，还是尽职尽责地把守着每个乡镇大门。

江西省吉安县是革命老区，是一个贫困县。全县人口46万，外出务工人员有8万之多，大多集中在北京、广东等疫区，在“非典”流动之初，返乡的就有5000人；进入4月，每天返乡有300人。对先期返乡的要采取医学观察措施，发现问题的要落实、隔离。他们的方法是各个县级领导包乡，乡干部包村，村干部包组，村组长包户，责任到人，层层签订责任状，户户签订保证书，对外出人员一个不漏地登记，对已返乡人员全部实行专人监控，每天为隔离对象测两次体温。在返乡农工仍不断增加的情况下，各乡镇领导开展了劝阻工作。桐梓镇组织在京的党员劝阻了340名意欲返乡的民工。永阳镇下边村肖桃英在广东务工，其父去世，买好车票欲回家奔丧，镇、村干部知道后，立即打电话做工作，讲道理，最终使她退掉了回家的火车票。尽管做到了未雨绸缪，尽管筑起了层层

防线，并非是高枕无忧。吉安县张和平县长（现在已是县委书记）与我回忆起那段日子时说：如履薄冰，如临深渊，确确实实是一场没有硝烟的战斗。我和大家一样都是新兵，更多地是在接受洗礼和考验。不过，那段日子留给我的感受和体会将会够我一辈子咀嚼回味。那情那景，至今还历历在目，可以说是，惊心动魄，众志成城。可还是有一名“非典”患者还是突破了防线。

那是4月20日傍晚6点50分，吉安县值班室接到上级疾病控制中心电话，告知，在北京打工的吉安县梅塘乡农民李何锦4月中旬因发热住院，现已确诊为“非典”，在北京隔离治疗。其妻聂春兰携孩子已于4月25日乘车返回吉安。疫情就是命令，县政府立即组织起来寻找聂春兰的下落。到了梅塘乡，没有；到了聂春兰各亲戚家中，仍没有；查询了20多家旅社，仍然是一无所获。这正是27日早晨6时，穿着防护服的医务人员长时间戴口罩，一夜未眠，不仅又饿又困，还处在缺氧状态，脸色苍白，随时都有倒下去的可能。城管同志说，离汽车站很偏僻的地方还有家小旅社，会不会在那儿呢？是漏查了吗？赶到这家叫西苑的旅社，翻开住客登记处，果然有一栏写着梅塘乡李何锦。找到房间，聂春兰已起床，正准备回家。测体温，问病史，登记在册，立刻将聂春兰一家3口送到县医院隔离观察，这时，离清晨７点还差10分钟。从接到通知到找到人，把与她密切接触过的人进行隔离观察整整用了１２个小时，疫情没有扩散，大家长长吐了一口气。

今天重述聂春兰的诊断与治疗经过，不是复习病史，而是想让读者从中明白，为了救治一个农村妇女，政府投入了多少精力、人力、物力、财力，医护人员倾注了多少关注、关切，多少爱心真情。从这次投入和倾情，我们可以延伸开去，思考另一些有关的问题。

那是第五天下午，即５月２日１５点多，聂春兰体温骤然升到３８．８℃，胸片检查，肺部有片状阴影，符合疑似病例的诊断标准。５月３日上午，县医院用了半天的时间，将院内仍在住院的１００多名病人紧急转移安置到县城其他医院，凡与聂春兰接触过的人迅速加强隔离管理。空空的医院只剩下聂春兰一家人，一家人也要实施严格管理。院内分成核心区、防护区、警戒区，3层隔离封锁，由公安人员２４小时外围警戒。也就是说偌大个县医院，几百号医务人员正全力以赴为聂春兰一家人服务。

这天晚饭后举行了会诊。这是一次庞大的会诊，省、市、县各级有关领导都来了，领导干部、省市专家近５０人挤满了县宾馆会议室。会

场的气氛是严肃紧张的，江西省卫生厅李利副厅长主持会议，大家都明白，吉安市、吉安县的领导和老百姓多么希望这只是一个普通的发热病人，若真是“非典”，那无疑会给吉安县的经济发展带来巨大的破坏力，县城、县医院将会蒙受巨大的损失。如果漏诊，这个输入性的“非典”会传给多少人呢？同样会给吉安市、吉安县带来巨大的创伤和损失。

其实，在座的每一个人心中都明白，聂春兰诊断“非典”是无疑的了。只不过这个诊断要由一个有资格下诊断的专业人员说出来。大家把目光一起投向了江西医学院一附院呼吸内科主任张伟主任医师的身上。

她重述了诊断的依据：丈夫是“非典”病人，有密切接触史，高热，３８.８℃，白细胞偏低，胸片有絮状阴影，干咳。当她说诊断后，她的心情是沉重的，却也是轻松的。沉重的是“非典”还是袭击了江西，波及农村；轻松的是相信科学，相信群众力量，终于截堵住了这位“非典”患者，没有让她扩散。那夜，她开出第一条医嘱时已是午夜１点钟。

在以后几天的日子里，她多次与患者零距离接触，她担忧多了，感到担子重了。聂春兰的病情颇有点特殊，特殊在于她是孕妇，有5个月的身孕，又特殊在她在哺乳期，她另一个孩子还只有１１个月。一个孩子在肚子里拳打脚踢，一个在摇篮里哭哭啼啼，她病情的复杂还在于她身上有诸多的并存症，她是乙肝患者，在活动期，表面抗原呈“三阳”，转氨酶偏高，贫血，血色素只有７.６克，免疫能力低下。经过会诊，她才知道，这种状况在全国也属罕见。

这是特殊时期的特殊病人，治疗方法、护理、饮食，一切的一切都是特殊的。

饮食大开绿灯：肉饼汤、排骨汤、鸡汤、鸭汤、鸽子汤、甲鱼汤转换吃，每天保证有水果、鲜奶，还为她１１个月的孩子李杰购置了儿童玩具，派专人照护。为了减少医务人员和病人直接接触，给病人配备了小灵通，在污染的病房里只有固定的值班医护人员和生活护理人员。专家组通过手机和病房的医生、病人进行联系。必要时专家组派人进病房。专家组由江西省卫生厅姜处长，江西医学院一附院、二附院呼吸科两名主任，吉安市医院王主任，县人民医院聂医师共５人组成。

每天早上8点，5人一起阅读夜班医护人员提供的病情报告和各项检查指标参数；尔后电话查房、询问病人自我感觉；再由污染区的值班医师汇报病情；材料汇齐后，一起讨论当日的治疗方案；每天新方案出来

后，还要向江西省卫生厅李利副厅长汇报。每一颗药丸，每一针制剂都会影响两颗心脏的跳动。为了确保母子安全，每天每夜他们都要向北京、广州的专家请教。

５月１０日夜半，专家组张伟主任的手机响了，病情发生了变化。接通手机，传来了女性的哭泣声，是病人聂春兰，她哭泣着问：省里的专家，我能活吗？我会好吗？会死吗？早想到会死，不如留在北京，病也和丈夫病在一起，死也和他死在一起！那夜，张伟主任和她聊到凌晨。

５月１３日，病程进入第１１天，聂春兰病情恶化。张伟主任的手机又响起了她的声音：我会憋死，逼死，我出不了气。摄胸片，胸片显示肺部病变已超过１／３，氧饱和度停留在９０％（正常是１００％），还在往下掉，上呼吸机。县医院的呼吸机陈旧过时，马上从省城南昌调拨一台无创呼吸机。当夜凌晨，聂春兰上了呼吸机。５月１７日，聂春兰病情稳定。５月１８日，聂春兰脱下呼吸机。张伟主任告诉我，５月１３日那夜，根本没合眼，以后的几天也没敢合眼。虽然报纸上、广播里、电视中都报有死人的消息，真正死在自己手下总是不愉快的。记得来会诊那天和聂春兰零距离接触后，周围的人不敢与我握手，更不敢面对面与我交谈。当时心里委实憋了一口气。冷静一想，其实是百姓对“非典”的恐惧，如果聂春兰真有意外，只会加深、加快恐惧的扩散。对刚刚进入不惑之年的张伟又踏进了一个新的考场。往后，聂春兰痊愈了，出院了，回家了。

张伟说，抢救聂春兰，县医院的投入是１７万元，还不算人力。如果不是国家花钱，她活得了么？我一震，一想，是啊，一个农民家庭能支付这6位数字的医药费吗？往好处想，吉安县全县万众一心，众志成城，全面实现了零死亡、零感染、零扩散的目标。全县各级组织和群众经受住了一场严峻的考验。往坏处想，吉安县的经济发展受到了重挫，吉安县医院蒙受了巨大的经济损失。

２００３年春末夏初的人疫之战已成为往事，我们走过了惊恐，走过了紧张，度过了惊心动魄的时时刻刻，度过了大智大勇的日日夜夜。我们在欢呼，在激动，在流泪，在享受；我们也在思考，在探讨，在研究，在回顾。

3终于，响起呼唤呵护他们健康权的声音

历史的长河在进程中，不可避免地会出现一次又一次突然事件。往往一次突发事件如同一柄放大镜，使一个时代平常的，未经关注的，或已经关注的许多细节和局部展现在这个时代的领导层和老百姓眼前。业绩的大小，效益的真假，才华的智愚，政策的利弊一览无余；掩盖的缺陷，隐匿的病根，交错的症结，积蓄的矛盾充分凸显。于是，我们看清了，震惊了，醒悟了；于是，我们知道了该怎样去解决，去调整，去弥补，去铲除。历史的长河就这样奔腾向前，就这样螺旋般地上升。

“非典”这柄放大镜放大了我们民族的那股顽强拼搏、舍生忘死、风雨同舟、一往无前的精神，放大了我们的美丽、善良、信心。

第一部分 契机：他们被推进了世人的视野第4节 感谢最后的“非典”(3)

在中国农村只有８５个县发现了“非典”病例，其病例总数占所有的“非典”病例总数的６％。

我们不能不感叹，中国高高举起“人民战争”的盾牌，终于成功地守住了“非典”侵入农村的通道。

世界卫生组织官员指出：控制急性传染病要做到非常必要的两点：一是大众对这种病的认知，自觉参加预防；二是控制人口流动。我们做到了，我们农村的父老乡亲们用最简单最原始的方法做到了。

欢欣地面对世界卫生组织官员赞美和敬佩的现实，我们不能不冷静地面对另一个心痛和不安的现实：

２０００年６月，世界卫生组织在对全球１９１个成员国的国家卫生系统的业绩做出最后评估后，对这些国家的卫生绩效进行了排名。结论令人震惊，中国在“财务负担公平性”方面排名１８８名，倒数第4位。与巴西、缅甸和塞拉利昂等国被列为卫生系统“财务负担”最不公平的国家！对此结果虽有异议，但我国农村筹资水平远远低于城市却是不争的事实。

为了实施“2000年人人享有卫生保健”的全球策略，监测和评价全球卫生目标的实现程度，1981年第34届世界卫生大会通过了12项供全球使用最低限度指标，并且进行了两次全球性的“2000年人人享有卫生保健”的进度评价。在广泛征求各会员国和专家意见后，对全球最低限度指标进行了修订，经修订的全球卫生目标有12项，其中第3项是：至少有5%国民生产总值用于卫生事业。1986年，我国政府明确表示对“2000年人人享有卫生保健”全球目标的承诺。但是据世界银行资料，1990年中国医疗卫生支出占GDP的3.5%，人均医疗费为11美元，分别是世界平均水平的44%和3%左右，甚至低于印度等许多发展中国家的医疗卫生支出。据2000年世界卫生组织（WHO）的公报，我国政府的卫生投入占GDP的2.7%，在191个国家和地区的排序当中倒数第9位。而美国占13.7%，德国占10.5%，法国占9.8%，发展中国家巴西为6.5%，古巴为6.3%，印度为5.2%。《中国统计年鉴》显示，从“一五”时期到2000年，中国的卫生事业占国家财政的比例一直徘徊在1%～2%左右，1996年后呈不断下

降趋势。

在不断下降的经费中，农村投入下降的速度更快。

1993年全国农村卫生费用为472.73亿元，占全国卫生总费用1355.47亿元的34.9%，1998年全国农村卫生费用为907.53亿元，占全国卫生总费用3639.25亿元的24.9%，5年下降了10个百分点。

山西2001年卫生事业费支出8.6亿元，居全国第20位，用于农村的仅为1.5亿元，占卫生事业费的17%。全省拥有村卫生室2.5万余个，其中集体举办的占46%，村医联办的占24%，个体承办的占到30%。村卫生所基本上得不到政府补助，集体经济投入也几乎为零。由于投入不足，山西全省目前尚有120多个县级医疗卫生机构、157个中心卫生院、400余所普通乡镇卫生院存在危房和建筑面积不达标。农村基层医疗机构基本设备老化、短缺，全省乡镇卫生院中缺心电图机的占30.9%，缺B超的占63.8%，缺X线机的占30.9%，缺常规检验设备的占50%。基础设施和医疗设备条件差、数量少，卫生服务能力很难满足农民需求。

在中西部19个省市区中，山西省的经济条件还算比较好，财政支出的增长速度已经达标，但是，农村卫生投入的增长速度没有实现这个目标。现实是：农村卫生资金投入年均增长速度为4□49%，大大低于同期全国卫生总费用年均增长13.1%和全国农村卫生总费用年均增长12.8的速度。随着经济的发展，政府在健康保障方面的作用会逐步加强，表现为政府卫生支出占卫生总费用的比例增加。然而，在我国，政府卫生支出在农村卫生总费中的比例却不断下降。1991—2000年我国农村卫生总费中政府投入比例由12.54%下降到6.59%，社会卫生投入从6.73%下降到3□26%，而同期农民个人支出从80.73%上升到90.15%。

政府卫生预算支出在城乡之间分配极不均衡，1991—2000年，政府农村卫生预算支出仅占政府卫生总预算支出的15.9%，政府卫生预算支出增加额中用于农村的卫生支出仅占12.4%。2000年居民个人卫生支出占总医疗费用比重是60%以上，而农民个人支付医疗费则达到90%，占全国总人口60%～70%的农村人口，只消耗了32%～33%的卫生总费用。以2000年为例，农民人均卫生总费用为188.6元。在安徽，每千人拥有床位数、医生数、护士数，分别是1.83张、1.13人和0.67人；也就是说，平均下来每5个安徽居民才能享受1个北京市民的医疗卫生条件。安徽农村的医疗卫生条件在全国排名还不是最差的，西部贫困的省市县就可想而知了。

2001年，国家卫生部朱庆生副部长在全国基层卫生工作会议上的讲话明确地指出："长期以来，农村卫生投入严重不足，使农村公共卫生和预防保健服务得不到保证。如1998年全国卫生总费用为3639.25亿元，其中农村为907.53亿元，即占全国3/4的农村人口只用了全国1/4的卫生费用，农村居民人均卫生专业费用几乎比全国平均水平低1/2。农村卫生服务在很大程度上提供公共卫生产品，或准公共卫生产品，这是政府应承担的责任。"这也视为我们政府对农村卫生投入的实话实说。

在２００３年的两会上，国家卫生部基础卫生与妇幼保健司副司长张朝阳在接受记者采访时，强调农村卫生体系建设待加强。他把２００２年在广西和山西进行的一个农村调研报告结果告诉了记者：广西近７０％的乡镇卫生院有危房，３５％的乡镇卫生院没有X光机，４０％多的卫生院没有B超，６０％的卫生院没有心电图机。在达不到标准的乡镇卫生院中，有８０％～９０％是急救室和产房没有达到标准；山西３０％的乡镇卫生院没有心电图机和X光机，６０％多卫生院没有B超机，５０％多的卫生院还没有常规检验设备，更有少数的卫生院仍然靠体温计、血压计、听诊器工作。张朝阳说，这一组数字基本概括出我国农村卫生服务体系建设的一个现状。虽然东部一些地区要好一些，但我国大部分农村卫生基础设施条件差、技术人员水平低、管理落后是一个现实的问题。而造成这个问题的原因，一个是财政投入不足，另一个就是政策支持不够。

国家卫生部卫生经济研究所副所长王禄生对农村公共卫生的现状做过很多研究。他在农村调研时发现，某些地区政府给卫生院的财政拨款还不足支付离退休人员的工资。微薄的医疗收入既要承担在职人员工资，保证流动资金，又要维持预防保工作的正常运转。难！危房面积占２０％～３０％，病房没有抢救设施，非专业人员多，比例达３０％。在北方，冬天，有的防疫站发不出取暖费，只好采取每天留一两个人值班，其余的都在家蹲着。２００２年，国家投资建立了全国县以上疫情报告系统，一些防疫站的负责人发愁："虽然有了电脑，没钱维护，没钱上网，还是跟没有一样。"

2003年4月9日，世界卫生组织在其《中期报告》中指出："中国的许多贫困省份根本没有充足的财力、物资和装备，来应付'非典'的暴发。"这是对朱副部长与张副司长讲话的进一步印证。

今天我们正视了"非典"指向人的肉体，指向人的精神，指向我们的生活方式、我们的医疗体系制度、我们的科学技术、我们的社会结构，

甚至我们的经济基础和上层建筑的威胁。

今天我们正视了在农村还藏匿着、潜在着比“非典”让我们更担忧，更关注的其他疾病的威胁吗？

例如：传染性肝炎、结核病、艾滋病、性病、血吸虫病、流行性乙脑、霍乱、恶性肿瘤等等，等等。

其实，近百年来，中国一代又一代伟人都从来没有停止过对农村卫生、农民健康投入巨大热诚的关注，都从来没有停止过付出深厚的真挚情感。那段经历是曲折的、坎坷的，那条路一直延伸到今天，延伸到夕阳下那个敲着铜锣，喊着防治“非典”的老村医脚下。然而，那筑起的栅栏已被岁月之河冲洗得摇摇晃晃，当年的一切正如老村医的脚步一样蹒跚。

我们许多农民兄弟姐妹、父老乡亲早被一些慢性病击倒在致富路上了。他们无法用自己的身体与智慧去维持自身的生存。他们是贫病交加，或是一病不起，或是患病返贫。有些疾病与“非典”一样肆虐，一样残忍。他们喊过、哭过，只不过他们是孤单的、散在的，他们的呻吟是无力的、微弱的。

不能不郑重地写下这5个大字：农民健康权。

健康权是指公民享有和应当享有的，保持其躯体生理机能正常和精神状态完满的权利。健康权包括有：初级卫生保健权利，享受基本医疗服务权利，公共卫生权利，获得最基本的营养、食品，符合卫生标准的饮用水，获得基本健康教育和信息等等。

健康权是人权的基本内容之一。很明显，我国农民健康权没有得到应有的关注和呵护，没有获得应有的尊重与保障。

巴东的那个农民汉子没钱去看病，几个“逃疫”的农民没有享受到公共卫生防疫事业带给他们的保护。大病小病病不起，新疫旧疫防不住。他们的健康权就这样丢失了，他们的健康也就这样开始受损直到完全丧失。

生与死是人生的两极，喜与悲是人情感的两极。

《周易》道：“天地之大德曰生，生生不已；天地之大德曰死，死死

不已。”有了天地必然有生死，有了生生死死才有了世界的进化，有了人间的喜怒哀乐。

孔子曰：“不知生，焉知死？”君子仁人当致力于生，不必关切冥冥不可测的死。

生是生命的开始，死是生命的结束。填补生死间的应是什么？是生存的挣扎？生活的享受？是事业的追求？物质的拥有？是情感的梦醒？角色的转换？是花园里的休闲？竞技场上的搏斗？抑或是一次经历？一场游戏？是用肉身融于其中，还是用思维游离其外，去思考我是谁？我从哪里来？我到哪里去？当我从农民兄弟中间走出来，这些问题似乎很快被挤到了边缘，那时、那刻，生与死间一切的一切浓缩为4个字：生命之旅。他们生命之旅的载体是什么？茅屋？破解放鞋？竹背篓？泥巴小路？

应该这样说，健康权的尊重与保障是农民欢喜快乐走完人生之旅的基本保证。

可以这样说，中国农民的健康和中国农村的医疗状况已严重地制约着或即将可能制约着中国农业的发展，制约着中国农民实现小康。

立法保护农民建康权和加快农村医疗卫生事业发展是涉及农村改革的进程，农业经济的发展，农村大教育的普及，农民生存环境的改善，农民负担的减低和收入的提高，农村青年的婚姻与生育，农民的养老等等等等诸多问题的大事。

一场人疫之战既展示了白衣战士的英雄风采，也暴露了我们基层医疗卫生防疫体系十分脆弱；既让聂春兰等农民患者感受到了免费治“非典”的社会主义优越性，也让我们看到农村医疗保障体系是大片空白。免费治疗毕竟是非常时期的非常措施，预防与治疗“非典”政府可以为农民埋单。那么，其他疾病的预防和治疗呢？

农村防疫网的破损，病不起的农民走进贫病交加的死胡同里的生存状态，终于清晰地进入了国人和政府的视野里，他们的生老病死受到了关注。

第二部分 求医：疾病猛于虎第5节 埋单的加减乘除(1)

天地之性人为贵，

——王允

如何解决农民医疗保障？

如何解决经费来源？

政府应承担何种责任？

——2004年9月北京“国际社会保障第28届全球大会”主要议题

第一节埋单的加减乘除

1□千年等一回：不用埋单的日子

中国农民一直盼望看病不要钱，像城里人享受公费医疗那样，严格地说，中国农民世世代代一直是自费医疗（国营农场的农工例外），虽然合作医疗曾给农民带来过一阵宽心和轻松（那实际也是农民自筹资金为主），可是其中的曲折让农民着实伤心了一回，随着医疗卫生体制逐渐市场化，农民几乎又回到完全是自费的路上来了。

2003年4月初就有媒体提出这样一个问题：治疗“非典”谁埋单？似乎这不是一个问题，医疗卫生正在进行改革，公费、自费、劳保、医保各种制度已经出台或正在出台，该谁付就谁付。随着疫情的扩散，这样的发问多了，慢慢地大都集中在农民身上。即：农民“非典”谁埋单？

农民怕花钱，有些农民根本就没钱，怕上医院治病怕住院，拒绝治疗。面对“非典”，面对现实，我国政府果断做出了“一切为了控制疫情”的决定。

4月20日，国家卫生部常务副部长高强宣布：“对经济困难的患者和农民实行医疗费用救助制度。”

4月23日，中央财政安排20亿资金成立“非典”防治基金。

4月29日，国家财政部和卫生部发文规定，对农民、城镇困难群众

患“非典”实行免费医疗救治，医院记账，所发生的救治费用由政府负担。

5月1日，国家卫生部、财政部、劳动与社会保障部、民政部联合下发了《关于“非典”型肺炎患者和疑似病人缴纳救治费用有关问题的紧急通知》（简称5□1文件），强调“先救治、后结算费用”，凡是发热病人，一律免挂号免押金，先就诊先住院；记账治疗的人群覆盖范围从农民和城镇困难群众扩大到所有人群。

从4月20日开始，国家财政部和国家发展与改革委员会共支持中西部省、市（地）县级疾病控制机构的资金达29亿元。

果断的决策和巨大的投入无疑在“非典”流行的路上筑起了稳固的高墙。

4月底，我在南昌江西医学院一附院看到，听到这样的争吵，一对从北京返乡路过南昌的夫妇，不挂号，要求就诊取药，他们要求给予的药是止咳糖浆、感冒片、伤湿止痛膏及一些常用的抗菌素。遭到医生的拒绝后，发生了争吵。

“党的政策就是被你们这帮人篡改了，北京是首都，医院大专家多，我们进去看病都是不挂号，先治病，对农民一律免费。今天回到家里，政策就变了，找你们开点药，是这样的态度！”

医生再三解释也是枉然：“发热的病人我们是免挂号，免费治疗，你这是平诊，是普通的病，还是按原来的制度办！”

他们夫妇骂了，吵了，最后悻悻地离开了医院。这种悻悻之情一直延续到2004年冬，我到几处村乡采访，一直还听到这样的指责：“中央政府好，党的政策好，一到下面就乱搞。明明是要给农民免费，他们偏要你挂号，偏要你付钱。你们城里人一辈子享受公费医疗，没有感受到乡下人生病的苦呀！几年辛辛苦苦的积蓄，买几包药，住几天院，就变成了穷光蛋。唉——乡下人是世世代代都得不到公费的，这次得了这么一点点利，就被这帮人腐败了，卡住了！”他们一直耿耿于怀。我再三解释，他难以听进。他们的积愤和不满不是这十几天，而是几十年了。有病不花钱，或少花钱是一代又一代农民的梦想、企盼。吵着开点药，不是他们小气奸刁，不是他们胡闹，不是他们乘机想占国家那点便宜，是他们行走在现实与理想立交路上看到光亮的欣喜；不是他们想逃账、赖

账，不是他们不愿向医院支付医药费，他们实在是无力支付。他们是诚实善良的，他们是贫穷的、无奈的。一般人可能很难理解，农民求医的艰难、他们的地位、他的知识、他们的经济条件都是设在他们顺利求医道路上一道道的栏栅。

2病不起：一年的收入不够一次阑尾炎手术费用求医必花钱，看病花钱对于一大部分尚未富起来的农民是一个什么样的概念呢？

先说门诊挂号。普通门诊挂号费1.50元到2.50元；专家门诊挂号4.50元到7.50元，大城市可达30元、50元。北京、广州、上海已到200元。据说还要托熟人，找“媒子”就更贵了。

先以“非典”为例。北京大学的中国经济研究中心和卫生政策与管理研究中心于2003年4月在北京曾进行了一项调查与分析，根据北大医院、人民医院、北医三院以及其他在京医院截至4月20日的数据测算，每个疑似病人每天的直接费用为1090元左右，观察期为3天左右；每个确诊轻症病人每天的直接费用约为1100元，重症病人每天约为3220元，疗程为21天左右。

这道算术题是个简单的乘法，轻症病人的花费是1100元×21天，为2.3万元；重症病人是6.7万元。

先假设年人均收入为625元～825元的农村贫困户自费治疗。该农民18岁开始种田，到68岁，即800元×50年，不吃不喝，收入是4万元，用来支付重症病人医疗费用还差2.7万元；那就是说，该农民还要干35年，要干到103岁。这不是天方夜谭，这是一个恐怖的现实。

“非典”毕竟是突如其来的疾病，我们接触的大都还是常见病、多发病，头痛脑热、外伤中毒、阑尾炎、胃肠炎等等。

先看西部地区，1998年10月宁夏回族自治区制定的收费标准：阑尾切除术90元，胃癌根治术300元，胆囊切除术230元，异体肾脏移植术450元；1997年12月甘肃省制定的收费标准阑尾切除术150元，胃癌根治术600元，胆囊切除术500元，异体肾移植600元。

往东移，看看江西省1998年4月由省物价局、卫生厅、财政厅3家制定的收费标准：阑尾切除术200元，胃癌根治术900元，胆囊切除术700元，均可外加20%的材料费。

再往东，上海市1994年7月制定的收费标准是：阑尾切除术240元，胆囊切除术720元，异体肾脏移植术1680元。

这只是单项的支出，住院期间，还要加床位费、护理费、药物，以急性阑尾炎为例，在东、中部地区，2500元～3000元左右，西部地区1000元～1500元左右。医疗收费的制定一般是由行政机关依据本地区经济发展水平，平衡各方面利益的基础参考外省的医疗收费标准制定的。

1998年上海的国内生产总值为3688.2亿元，而宁夏是227.5亿元，城镇居民人均可支配收入上海市为8773元，宁夏为4112元。

公正地说，医院现行的服务价格是背离了医生服务的价值，计算各类手术费、检查费、换药费、注射费、护理费大都只计算消耗的物质成本，而没有把或很少把医生与护士的劳动价值计算在内（比如和餐饮业、演艺界的价格比较），对于富起来的那部分人，这也许只是一次饭局的支付；对于农民，就是这样廉价的医疗服务价格，他们也无法承受。

第二部分 求医：疾病猛于虎第6节 埋单的加减乘除(2)

哈尔滨医科大学公共卫生学院在2000年曾对农民住院前十位疾病顺序及次均费用作过一次调查：

疾病名称次均费用（元）

胸、腹、颅脑外伤3108.13元

脑（出血）梗塞4032.03元

骨折3761.35元

消化道溃疡出血穿孔3453.90元

急性阑尾炎2380.11元

农药中毒2614.80元

足月妊娠1861.50元

冠心病、心梗3789.33元

慢支、肺心病2078.50元

剖腹产1949.00元

从表中可以看出，生孩子进医院就得支付近2000元，还不算旅差费和陪护人员的住宿费、误工费。

国家卫生部统计信息中心发布的《2001年全国卫生事业发展情况统计公报》显示，2001年平均每一出院病人住院医疗费用是3245□5元，人均年收入不到1000元的西部农民会以怎样的心情面对这样的价格呢？

甘肃省积石山县小关乡大茨滩村总人口1196人，农民年人均收入只有400元（2002年统计数），村民周海因小腿外伤住院，医疗费用是3971元，他得继续耕作10年才能填补这个窟隆!

我以中部地区为例。南昌县南新乡是产粮区。地处南昌市郊，地势

低洼，大部分土地只能种水稻，守在家里种田的农民，能够包到10亩，年景好纯收入均在5000元左右。只要有孩子读书或有人生病，他们就难以维持生计了。

该乡楼前村农民刘德田54岁，耕种水田4.2亩，家中现有4口人，女儿在外打工，17岁的小儿子在读高中。

2002年早晚稻每亩收稻谷1500斤，每斤谷价0.43元（2004年政府保护价升为0.70/斤）

每亩收入为0.43×1500＝645元

4.2亩总收入为：645元×4.2＝2709元

2002年税收每亩为180元（含税收及上交村组提留款）

2002年每亩农田农药化肥开支为：除草剂10元，车子运力30元，种子27元，农药20元，化肥140元，机械耕作50元，共计277元。

4.2亩的税收与成本合计为：（277元＋180元）×4.2＝1919元

2002年4.2亩纯收入为2709元-1919元＝790元。

2003年，粮价提高到每斤0.52元，成本不变，纯收入是3057-1919元＝1038元。

一年的收入还不够做一次急性阑尾炎手术的费用。

楼前村4组村民刘撮毛51岁，妻子熊细风48岁，养育了3个女儿，老大老二出嫁了，小女儿还只有14岁，读初中二年级。一家3口种了2.5亩田，每年纯收入是550元。

2003年熊细风不慎摔伤，医药费花去3000多元，误工误时误了收成。

楼前村的另一个农民刘半仙，还只有38岁。4口之家，女儿12岁，念初中一年级，儿子10岁念小学四年级。有水田2亩，每年纯收入是550元。2001年他患了糖尿病，在江西医学院一附病住院21天，花去药费7000元，出院的后续治疗因为穷只好终止。不敢去借，借了又怎么去还？住院时已就欠了8000元的债，这笔债都不知道哪年才能还清。

永丰县民政局刘美雪副局长给了我一组这样的数字：

2001年人均纯收入是2253元。

2002年人均纯收入是2335元。

2003年人均纯收入是2435元。

1997年我国东、中、西部农村居民人均收入分别为：2784.85元，1933.73元，1469.60元。

永丰县农民2003年的收入已接近东部农民的收入了。1996年，国家统计局和农业部联合研究制定了《全国农村小康生活水平的基本标准》，这里面有看得见、摸得着的尺度，涉及收入分配、物质生活、精神生活、人口素质、生活环境等5个方面，16项指标。其中主要的是：人均纯收入达到1100元，收入分配趋向合理，基尼系数在0.3—0.4之间，消费结构显著改善，营养基本满足需要，蛋白质日摄入量超过75克，人均衣着支出超过70元；砖木结构和钢筋混凝土结构住房面积比重高于80%；电视机普及率超过70%；文化生活服务支出比重高于10%；平均预期寿命达到70岁；劳动力平均受教育年限为8年；安全卫生饮用水普及率超过90%；用电户比重高于95%，已通公路村比重达85%以上；已通电话的行政村比重超过70%；享受五保人口比例上升为90%；万人刑事案件发案件数在5件以下。

消费结构、文化生活、安全卫生、生存环境只有随着收入的增多才能得以改善。目前农民的收入主要来源有两处，一是种田养猪养鸭的农业收入，二是外出打工的收入。无论是只有其中一项还是两者同时具有，他们都不可能一夜暴富，收入不可能陡然上升。他们的积累是缓慢的，是经不起风吹雨打的。没有到过农村的朋友很难理解农民对金钱的积累艰难。

往大处说，盖房子，在中西部地区，大多数农民是不可能一口气把两层楼的房子盖起来。稍富点的可以分3次，打地基盖起1层楼（平顶），然后经过一两年或两三年的积累盖第2层，封顶，最后装修。待房子全部装修完毕，这位农民也进入了老年，他把这惟一的家产留给了子孙，他一辈子的汗水全浇灌在这里。穷一点的地方，时间会拖得更长。在江西乐安县山斜乡，我去时见放鞭炮挖墙脚奠基。3年后，再次来到他家，还是几块山石埋在那里，做房的主人病了，他无力下田；又过了3

年，儿子大了，病情平稳借了钱总算盖起了1层，不知哪年可以盖起第2层。

往小处说，送红包。在医院里我目睹过这样一个场景。一个老实巴交的农民在走廊里端着一碗白开水泡烂了的大米饭，他大概是牙痛，好像是少了咀嚼的动作，水和饭一起下咽，眼睛不停地在搜寻着什么。突然，他快步追上前，那是一名刚脱下白大褂的医生，这个农民从口袋里掏出了一叠钱，硬塞给医生。医生瞄了钱一眼，拱手退了。农民怕是医生嫌少，又从口袋里掏了几张，递了上去。我看得很清楚，那都是１０元一张的，皱皱巴巴的，紧紧地捏在他的手心里。我看见农民在追赶的过程中一个趔趄，险险摔倒，他穿的是一双破解放鞋，没有后跟，被农药熏染成焦黄的大脚趾伸在破破的鞋外。那碗白水泡的白饭险些洒落。我一阵阵辛酸涌上心头。我想医生一定会用他的爱心拒收这个农民的红包，一定。当然，一瞬间，我也用小人之心度量了他的大人之腹：会不会嫌少嫌脏?就那么一叠也不足１００元呀！那皱巴脏兮的1张１０元钱和那一碗饭，一双破解放鞋多少年后还印在我的大脑中。今天写到这里，都能感受到那个农民在眼前晃动，那乞求哀怜的目光在我背上烧灼。

农民，赚1元钱是多不容易，农民存100元钱是多么艰辛。许多农民一生的追求只是盖1间供全家居住的砖房（请注意，农民盖这幢砖房的成本只需3万～5万元）。

人的一生风风雨雨，坎坎坷坷，往往一场病就把这个梦境击破，把那点点积蓄冲走。

听到过这样惋惜之声吗？“脱贫三五年，一病回从前。救护车响，一头猪白养。”“耕一春，收一秋。病一次，汗白流。”“累死累活几担粮，几声喷嚏就花光。”“一人生病，全家受累。卖了猪鸭，付不起药费。”

听过这样的感叹吗？“疾病猛于虎！”

见过这样的状态吗？“小病扛，大病拖，生死由命！”

于是有人这样地呼吁：农民要小康，身体要健康！

第二部分 求医：疾病猛于虎第7节 埋单的加减乘除(3)

3医不起：农民一生会看几次病？

全国农民一生会去看几次病？或多少农民会因无钱不去看病？或看了病无钱去治疗。我曾在江西、湖北做过一次小范围的调查，60%以上的农民在患病之初都因无法承担或害怕承担医疗费用而拒绝治疗或选择最简单的治疗。当明确诊断后，若是“绝症”基本上是终止治疗，在家坐以待毙。小病舍不得花钱治，拖成大病治不起已成了农民治病的规律。

农民真的是连小病也看不起吗？光顾一次医院对他们的打击到底有多大？

罗家镇慈母村是南昌市郊，坐汽车40分钟可到，地势平坦，是产粮区。全村有3800亩田，1120户人家，2003年年人均收入3100元。这里外出打工的人多，实际上，年均收入低于700元的特困户有26家，贫困户占40%。

2004年春末，我驱车来到这个村，慈母村村委会万主任陪着我，每到一家有病人的农舍，望着风可以穿过的墙壁，难以落座的椅凳，看着老人或女人想找一个给我盛水的像样子的茶杯都艰难的尴尬神情，望着女人抱着或牵着的幼儿稚女，我木然地立在他们的房里，一股沉重的气流冲击着我，笼罩着我，使我触动，使我无从启齿。外面的世界真精彩，这儿的世界真无奈。我怎么能说得出“面包会有的”这句话呢？

他们是勤劳的，他们是贫穷的，他们同样是热爱生活、热爱生命的。怜悯与同情似乎已失去了效应，他希望有一种力量支撑，支撑起他们的肉体、他们的家庭、他们的房屋、他们的田园。

不知这家能不能算得上是典型的特困户?

公公患的是老慢支、肺气肿，因为太穷，3年前终止了治疗。每次气喘发作，他都硬挺过来了。婆婆因白内障失明，只能在这走了30多年的屋内帮媳妇做点事。大女儿读初中二年级，二女儿念小学。大女儿已决定辍学，准备到城里去打工。母亲劝住了，她下决心让女儿读完初中。“路总是人走出来的。”女主人说。

屋外布谷声声，各家各户的田都绿了，她家的呢？

“都包给别人种了，我只想要点口粮，不挨饿。”她已到城里找到了工作。在一家医院里做清洁工，月薪250元，晚上又到另一家医院的手术室守夜，月薪280元。减去伙食费150元，还可以结余380元；也就是说，这是她一天24小时工作的纯收入。她没因劳累而痛苦，她因自己的勤劳博得两家医院的信任而自豪。“村里像我这样的女人，都在城里擦皮鞋，不要什么成本，不要什么技术，擦1双皮鞋赚1块或2块。刮风下雨就没得赚。我累点，保险。”

家务就靠病残的公公婆婆和两个女儿支撑着。

生命是那么脆弱，又那么坚强。她家的田有返绿的一天吗？

慈母村的邹家，男人老邹48岁，患了“隔食”（食道癌）。妻子害怕他倒下去，在农村，一个家庭中的男人倒了，这意味着这个家庭基本上就崩溃了。夫妇俩四处借钱，从家到医院，从医院到家奔波了1年，花去了近5万元。他的大女儿还只有14岁，念初中。一种做父亲的责任支撑他，期望哪一天又下田，期望在政策越来越好的今天，让老婆和孩子也过上几天快乐的日子。借钱，借钱，人去财空，盖房子的积蓄花光了，还负债3万多元。14岁女儿的稚嫩肩膀能扛起这沉重的债务吗？

该村另一位万家农民，病重期间正逢女儿要高考，尽管女儿成绩优秀，有把握进入大学，面对重病的父亲，她不得不辍学外出打工，为父亲的医药费而奔走。

前几年，产粮区的农民收入偏低，该村一个姓杨的村民，40岁，种稻田20亩，年纯收入5000元，孩子尚小，读书的负担不大，一家4口人过着平安温饱的日子。前一年年男人患了急性白血病，只几个月，欢乐、平和的家庭一下就跌入了黑洞洞的深坑。盖房子、买电视机的梦境成了碎片。走过他家门，听见最多的是女人的哭泣和叹息。我只能这样说，拒绝治疗的是一种对家庭亲人的爱，积极治疗的也是对家庭对亲人的爱，这两种爱都足以令人心碎。

万主任说，在农村，失去了丈夫或儿子的家迅速成为贫困或特困户。他们村26户特困人家有2／3是孤儿寡母或2个老人抚养着孙儿孙女。

走访中，他们对看病的回答是，误工费时划不来。除了小男孩生病会抱到医院去看看，一般大人、老人病了都是抱着被子睡觉，小女孩病

了，也是以拖为主。

赣州市蛤湖乡是山区，去年有些村还不通公路，农民外出不方便。该乡有2067户居民，8976人。20世纪末，曾对100户农家做过病后求医的调查，71％的家庭回答是，在家睡觉或熬点草药吃，不上医院看，熬不过也只到卫生院打瓶吊针。一些老婆婆从小到老没有离开过蛤湖乡，得了病挺得过是命，挺不过也是命，没有上大医院看病的概念；也就是说，从生到死，没有进过医院的门。

河南省南阳市市长何东成下乡调研农村医疗问题，抽样调查显示，全市2707户贫困户中，有1280户属于因病致贫、占47.3%；9647名贫困人口中，有4630人属于因病致贫，占贫困户总人口的48%。

2003年东北地区民政部门统计，农村贫困人口有超过50%是因病致贫、因病返贫的。

永丰县民政局刘美雪副局长给我分析说，农村特困户有这么几种：一是弱智；二是懒汉(这两种毕竟是少数)；三是残疾，更多的则是患病。病人又分几种：一是丧失了劳动力，二是巨额的医疗费用的亏空无力填补，三是家中失去了丈夫或儿子。

他给我提供了几户因病返贫的典型家庭。

永丰县藤田镇老圩村宁德根，40岁时正逢耕田责任到户，几年辛劳，几年积蓄，盖了房，还买了一辆手扶拖拉机，2003年8月患上了白血病，不到1年的时间里，20年的积蓄一夜精光。治疗费花去了4.5万元，我去采访时，每周还到县医院治疗，每次治疗费840元，现已向银行贷款1500元，向村里借了1100元，拖拉机也卖了。身体彻底垮了，是继续治还是终止治疗，全家人举棋不定。他们所剩下的家产就是那幢新房子了。

比他们更惨的是沙溪镇不塘口村的叶元香，她38岁时丈夫患了癌症，夫妻俩恩爱勤劳，20世纪90年代初就盖了砖瓦房。丈夫患病3年，开刀两次，花费5万元，最后是人财两空，留下3个孩子，分别读高中、初中、小学，教育费用负担很重。叶元香没有弯腰，她坚决要把孩子抚养成有文化的人，她卖掉自己和丈夫用血汗砌起的新房。他们一家人搬出的那一天，会是怎样一种悲痛的心情啊。她将到县城去打工。她有力气有智慧，她相信，孩子有文化就会有出息，就能再盖起一幢新房。她

说这话时眼睛噙满了泪水。

中国农民勤劳勇敢世世代代过着俭朴的生活，他们不怕苦，他们相信用自己的双手能战胜苦难，战胜贫穷，这些年政策好了，更坚定了她的信心。

在农村，像叶元香这样坚强好胜、不向苦难低头的人，我见了很多，他们怕什么呢？怕病痛，怕意外伤害。

对于在贫困线上徘徊的农民，不是谈看病难的问题。看病难是指想看病治病，医疗机构无法满足患者的需要，现在是病不起、医不起、怕生病的问题。一病就穷，已成公害。

就这样迫于经济重压，农民失去了求医治病的权利，他们生存的时间与空间被大大地压缩了，他们惟有听命。

4早生贵子:在家生子，何贵可言？

“早生贵子”是中国人人生中的大喜之一。在城市，百姓和医生正在热议，剖腹产的孩子是否聪明，是否性格急躁时，贫穷的山区，偏远的农村，还在延续着把接生员请到家中生孩子的古老传统的方法。

江西省星子县位于庐山西南麓，因有秀峰而闻名。

原江西省省长邵式平同志曾作词曰：“鄱湖苍茫庐山碧，湖山之间一县立，雄壮秀峰世无匹。谁查悉，有多少名胜古迹？”“一县立”就是指星子县。靠秀峰附近的居民沾了旅游的光，旅游旺季有了一笔可观的收入，而远离秀峰的蛟塘、横塘、华村诸乡的农民，依然是种田为生。

老农陈述贵是星子县蛟塘乡人。他在这儿生活了67年，那是20世纪３０年代末，接生婆把他从妈妈肚子里“拉”到这个世界上来。一把剪刀，一盆热水，几块破布，幼小的生命就这样开始了人生之旅。他发出了第一声啼哭，陈家迎来了添丁之喜，破旧的茅草屋里发出了笑声。出生的小房现已改作了柴房和仓库。

30年后这个老农当了爸爸，茅屋换了平房。他儿子的出生仍然在家中，在他的卧室里。灶里柴火通明，鸡蛋、米酒在灶台上，接生员守在他老婆身边，等待他的第一个儿子降生。只不过盛水的盆子不是木制的，换成了搪瓷的；包布也不是破旧的，而是从百货公司买回的崭新的

棉布。第一个是这样的，第二个也是这样的，他的5个孩子都是在这间房、这张床上诞生的。他相信这会是卫生的、安全的，接生员接的那口出诊箱上面有个红十字，箱里有亮晶晶的剪刀，有洁白的纱布，有红药水、紫药水。现在孩子的出生不比30年前好多少倍。老陈这样感叹。

又过了20多年，他儿子做爸爸了，那是1998年。他孙子出生依然在家中，在这间房子，依然是箱子、剪刀、布，依然守着灶前望着欢笑的炉火，等候房内生命诞生时发出的那灿烂的哭声，全家人一起吃红蛋，分享新生命到来的欢乐。

蛟塘离星子县城要坐近半小时的汽车，坐公交车时间可能还要长点。蛟塘乡到槎垅村步下陈家又要近1个小时(我就是这样走的)。

如果说那个年代这儿不通车，只靠步行或坐独轮车，外出求医难于上青天。老陈在家出生合情合理。

那么，解放后，到了20世纪70年代为什么还在家中生产呢？到了１９９８、１９９９年，甚至２００４年，他们村里的孕妇临产前基本上都是在家待产、生产。

第二部分 求医：疾病猛于虎第8节 埋单的加减乘除(4)

２００４年2月１５日，我来到他们家。因夫妇患病，家境贫寒，老陈家没有盖新房，两个儿子尚未分家。3个孙子都在家中。他大儿子回答我说，在家里生孩子便宜，接生费只要３０元～４０元，如果生的是男孩，全家高兴，多给几块也行，或６０，六六顺；或８０，八八发，没有超过100块的。到县医院我们吃得消吗？一年累到头的收入刚够生一个孩子。何况生孩子不是生病，根本不用上医院，我们家祖祖辈辈都是在家里生的，一个个不都健康，不都会耕田！在他们村我询问了十几户人家，回答几乎都是相同的："省钱"，"不是病，不必住院"。他们村孕妇几乎是100%在家待产。他舅舅郭家大屋村离乡卫生所近点。近点，舅舅家的孩子也舍不得花这笔钱。

在家里生孩子到底是一种习俗还是出于一贫困呢？

九江县离星子县只有１小时的汽车路程，九江县的江州乡位于长江中，这里农民以种棉花为主。江洲前埂村（也叫洲头村）的农民坦言说，不上医院，还是没钱，穷嘛，穷就不敢上医院，没有底气。我们洲上人家代代不也是在家里生孩子，接生婆怎么说，我们怎么做。这几年，富了点，有钱的人家就会把媳妇送到乡卫生院。再说，有些媳妇读了几年书，也晓得生孩子的重要和危险，自己会要求到医院去检查，要求住院。

在乡医院顺产，只要花了四五百元。

3位数的价格对他们压力不大，种粮区的农民握着四五百元就显得十分沉重了，这是一年一亩地的纯收入啊！

钱、习俗和对卫生知识的认知程度，都是让农民在家里生孩子的原因，其中贫穷起了主导作用。

周月华是1962年毕业于九江医专助产专业的医师，她回忆起那段到农民家中接生的日子说，有轻松，也有紧张；有顺畅，也有棘手。

她给我讲述了两个回忆起来还令她心怵的病例。

第一个例子。那是20世纪60年代初，她刚参加工作，夜半被人接到家中，产妇正在房里号啕大哭大叫，2个老人，大概是公婆用棉絮死死地

抱住产妇，一个着黑衣的女人，用棍追逐着敲打产妇，去叫周医师的是产妇的丈夫，他说，你快救救我老婆吧，她会被活活打死的。产妇被追得筋疲力尽，“叭”地像门板一样倒了下来，那棍子像孙悟空的金箍棒，劈啪劈啪往产妇身上落。产妇在颤抖，在抽搐，被子在一起一伏。“不能打，再不能打了！妈！这是迷信啊！”

“是鬼附了身，不打死这鬼，你也会倒霉的！”又是一阵棍棒。

拦住，一定要拦住。周医师冲上去，用自己的身子扛着，并迅速打开被子，只见产妇已是面色苍白，呼吸急促，嘴唇发紫，不是休克就是虚脱，不是缺氧就是晕厥，周医师顾不了棍棒落在自己身上，和她丈夫一起，把产妇搬上了床。在这偏僻的山村，没有任何医疗条件，惟一的方法就是推葡萄糖，就是喝糖开水，她冷静地在大脑里翻阅着“妇产科学”。在“产后子痫”这一章，她停住了，对，这是子痫。测血压，测呼吸，医生护士就她一个人，她决定给产妇推注硫酸镁，产妇的血管已经干瘪了，昏暗的煤油灯靠近床前，仍很难寻找出静脉，她担心一针不能见血，果然，几次注射都未成功。绿豆大的汗珠往下掉，没有安慰，没有鼓励，有的只是咒骂，再失败。产妇就有可能被他们折磨死。狗急了跳墙，人急了生智。产妇还没穿裤子，手上血管找不到，找大腿内侧的静脉，那里好找，成功了，推进了硫酸镁，产妇平静了，她没敢离开产妇家中，写好了药名，给了钥匙，要产妇的丈夫跑一趟，去卫生所取药。直守到第二天上午，吃了早餐，病人平稳了，她才背着出诊箱返回。

第二例是个产妇，事情发生也是在半夜。

孩子出来了，产道出血，周月华判断是胎盘滞留；也就是说，胎盘不剥离出来，产妇会因出血致死。接生的手套已经污染破裂，接生箱里没有了备用手套，容不得犹豫，把手伸进阴道，再往里，伸进子宫，血顺着手往外流，产妇卧着，周月华蹲着，血流到了手臂，染红的衣衫，染红了肌肤。为了操作方便，她双脚跪着，已经不知膝盖与砖头相接的疼痛，不知大腿挤压的麻木，只一心想快、快，尽快把胎盘剥离出来。别节外生枝，别把子宫剥穿了，要快中有细，要轻巧，周月华叮嘱着自己。这个女人的命就在你的手中，千万、千万呀！跪在血水里，也跪在汗水里。当胎盘完整剥离出来，她的手从子宫、从阴道里滑出来时，她已瘫在血与汗的水里。她命令自己不能倒，还有事要做。用热水洗净了手，给产妇推注葡萄糖，喂药。现在的青年人会想到当年在农村医生担起的艰苦和风险吗？什么脏和累，什么苦和难，都已经远远地抛在后面

了。在心中只有一件事：病人平安，平安！

时代在进步，科学在发展。在家中接生却没有成为历史。一些助产士，一些没有经过正规培训的接生婆还活跃在贫困的农村。

我们记住了农村孕产妇死亡率是城市3倍的数字，我们感受到这3倍的悲痛吗？

一个花季姑娘走进洞房，结婚了，怀孕了，要做妈妈了，幸福、喜悦如春天的阳光洒满在她的人生路上。当孩子在肚子里拳打脚踢时，做妈妈的激动给她的生活带来多少欣慰啊！然而，这在哪一天早上或晚上，这个要开花结果的女人就死于产后出血，她没有听见这个孩子的哭声，孩子来到世界就失去了妈妈。在孩子的人生字典里，在哪一页去寻找妈妈的笑脸，去听妈妈的笑语呢？

这就是“3倍”的悲剧！

联合国2002年儿童特别会议提出，每个儿童都应有一个尽可能好的人生开端。想想吧，在农村的孩子，他们人生的开端是怎样起步的呢？一位儿科医生告诉我，由于接生条件差，接生方法不正确，很多新生儿来到人间就大病一场，这病无疑对今后的体质、智力都有影响。有的农村，孩子几乎0—3岁的整个过程都是吃着药物度过的。

0—3岁是孩子发育的关键时刻，只能这样说，中国大多数农民的孩子在生命开始就是一步一个趔趄，整体发育落后于城市孩子，他们是中国未来的大多数，大多数的身体素质就有了潜亏。

5□病中苦吟：一支支无言的求生悲歌

20世纪末，我母亲在武昌湖北省人民医院住院，我在陪护中结识了一位从鄂西山区来的病友。今天提笔写他，心里还隐隐作痛，他患的是甲状腺癌。他说，肿块小的时候可以在当地医院开刀，穷，没钱。拖大了，那里医生不敢开，要到省里来，要保命，只好借钱。交了２０００元押金住进院。每天我见他都是白开水泡饭，拎着一瓶从乡下带来的泡辣椒，每餐就靠从瓶里夹几个咽饭。我想到那一餐要吃掉几百或几千元的招待款，望着他，心中浮起了阵阵心酸。他只想尽快把病治好，根本没有想到自己的苦，没去想城里人的富。他惟一的希望是想早点回去种田，快熟的庄稼还等他去开镰。近开刀之日，医生还要他交３０００元说，手术中要输血，手术后要用药。天哪，他到哪儿去弄这３０００

元，这无疑是个天文数字，他老婆背着他哭了一夜，他咬咬牙决定卷铺盖回家。清早，我送他出院门，他后悔来看病，他心痛已用去的近千元的检查费。可惜，可惜，真可惜呀！早知道贵，打死我也不会来。他信命，他说，有次他从崖上摔下来没死，这次得病也不会死。他乐呵呵地走了。他真的是乐呵呵走的吗？我泪水湿润的眼睛望着他高大的身躯，仍在人群里走动，却一直走不出我的视野，走不出我的记忆。我不知道他的地址，没法和他联系，不知他是否还活着。我常惦念着他，我虔诚地希望奇迹在他身上发生。

南城县位于江西中部，农民收入远远低于南昌市郊。新丰镇新丰村位于流经南城县的盱江支流河汊边。符小俊是这儿土生土长的农民，收入全靠种田。2003年春末夏初，正值“非典”流行，他牙痛，不敢也不愿随便外出就医，找片树叶贴贴，贴了痛，痛了贴，他总希望牙痛会自己好，牙龈肿胀得越来越厉害。

“非典”警告解除后，他到镇上一家牙科诊所拔了牙，原以为病会好，殊知，肿胀没消还见长，又买了消炎药吃了1个月，还没消，他怀疑是假药。悔及了，心痛那几十块钱，决定到县医院求治。

县医院做了检查，建议他到省城大医院进一步查查，长包总不是好事。

2003年8月1日，他夫妇俩早上摆渡过河，搭上了到省城南昌市的班车，听说江西医学院一附院口腔科好，下车后直奔那儿，已是11点钟了，总算挂上了专家号，专家认真摸了摸后，建议他住院手术。他口袋里只有500块钱，他要回家筹钱，5天后他又来到了一附院，缴了1000元的预交金，做了CT，肿瘤范围很大。减去做CT的钱，剩下的用于开刀显然不够，夫妇俩要求出院，1周后，他们夫妇又来了，妻子邱春兰流着泪说：“就只筹到４０００元，为了给丈夫治病，家里买的可以抵的都卖了，抵了。”医生说手术费用估计要５０００元，他们夫妇苦苦哀求，能否少一点。种１０年田也存不了这么多钱哪！医生无可奈何地回答：这些价格都是卫生厅制定的，我们也无权为你降价，能省一定为你省点。符小俊刚过３９岁生日，老婆年轻孩子小，总不能有病不治吧！回到家还卖什么？抵什么呢？第二天病理报告出来了，是恶性肿瘤。这一夜夫妇俩抱头痛哭，符小俊坚决要求出院，不治，坚决不治。妻子邱春兰哭泣着向医生说，丈夫给她算了一笔细账。

他们知道恶性肿瘤手术后也只能活三四年，病后的三四年里，哪能

赚到三四千块钱呢？省下这笔钱供老婆活命和孩子读书。不开刀未必马上就死，活一天还能干一天，干一天还可以赚钱。符小俊将要用他的顽强坚韧去战胜疾病，他回家还要下田，还要去养猪、养鸡、养鸭。他知道剩下的日子不多了，在没有被击倒之前，他要干得比过去更多、更多。他妻子在出院处点着退款，她的手在颤抖。她点的不是一张张人民币，是丈夫一天又一天的生命，越来越少，越来越少。

从8月1日门诊初诊到8月18日明确诊断，19日出院，共计18天，18天里，他们夫妇是三进三出，来省城一趟两人要花去路费和餐饮费近100元，是他们不会计划？是他们没有时间？是3个字：“没有钱！”

就在这个科，就在2003年的8月，诊断已明确了是恶性肿瘤，而拒绝治疗的农民就有4例，分别是舌癌、牙龈癌和2例腮腺癌。应该说，有些恶性肿瘤能接受早期治疗，预后是好的。但是农民没有钱，即使切除了肿瘤，也无法进行后续的放疗或化疗。

第二部分 求医：疾病猛于虎第9节 埋单的加减乘除(5)

2004年4月11日是一个星期天，我乘车到了南城县，到新丰镇已修了桥，乘中巴20分钟就可以达到。下午4点钟，我和朋友一起在新丰村找到了符小俊的家。邻居说他们夫妇上山捡柴去了，我们在山口候着他。大约40分钟后，他和邱春兰扛着一捆枯枝出现在山间小路上。呜咽、抽泣，对话几乎无法进行下去。他颜面极不对称，右侧面部高高隆起，张口受限，上颌骨下沉，牙齿在口腔像他背上的枯枝一样，松松垮垮，弹一弹就会失落。他沉默不语。他妻子说，回家后一直头痛，靠打止痛针过日子。这种药在村里、镇里都买不到，只能到县医院找主治大夫开处方。每次开10支，打1针费用是1元钱，半夜里痛醒了，村医也不愿赚这1块钱，他只好自己打，买了注射器、酒精，过去1针可以维持七八个小时，现在4小时都维持不了。痛一止，他就做事，砍柴、下田、喂猪。好在这药还便宜，别的药他舍不得吃。我随他走到家中，破屋残垣，家徒四壁，只需用四个字来形容：一贫如洗。一路上他妻子邱春兰的泪水没有断过，她孩子还小，只有5岁。

在农村一个家庭，男人倒下了，这个家庭基本上就是倒了。她不知自己的丈夫还能挺得住多少日子。如血的残阳渐渐西沉，我望着破屋下他们的背影，我真不知安慰的话如何出口，也许一切安慰的话在此时都是枉然。

符小俊用拒绝治疗表达了对妻子、孩子的爱，他要把省下来的医疗费留给他们。他这是不是明智之举呢？

求生是人的本能，尽心是中国人的美德。人们对医学总是寄托了许多美好的愿望，希望奇迹出现在自己的亲人身上。

双桥乡是江西赣南一个贫瘠的小山村，从那块红土地上走出了无数位红军将领。他们当年举起刀枪闹革命，就是为了让后人世世代代不受贫困的煎熬。

改革开放后，一些农民是富了，赖旺新就是其中一个。农忙已过，他正筹划着旧房换新居，农民辛苦了一辈子就盼望着盖幢房。赖旺新关节痛已半年了。一是忙，二也是想省几个钱，就在乡卫生院买了几块伤湿止痛膏贴贴。病情加重，走路瘸拐。拖到隆冬盖房进县城购材料时才顺便到县医院看看。拍了X光片，医生告知，可能是长了瘤子，要他到省

城医院再查查。他屈指一算，路费、住宿费、伙食费，没有三五百元怕是打不下来。先就近找个土郎中看看吧。他包了几服草药敷在痛处。无效，病情逐渐加重。他只得启程到省城，挂号、拍片、血液，还做了CT……各项检查完毕，回程的盘缠还差几个。医生威严地警告说，是恶性肿瘤，要迅速住院开刀。住院预交费是3000元，他找谁乞讨呢？不能白白等死，搭车返乡借钱，卖了猪、鸡，卖了耕牛，最后还卖掉了刚破土动工的全部盖房材料。腿锯了，命保住了，出院了。望着他那在寒风里晃动着的空裤脚，我落泪了，他将如何度过余下的岁月呢？患病的农民都在唱着一支支无言的求生悲歌，凄凉、寒碜、悲痛。但愿悲歌尾声少一点寒意，多一丝温暖；少一点孤寂，多一点慰藉。

6□死去无声：人生中最后的那个春天

农民如果患了恶性肿瘤，或是患上了需要支付巨大医药费用的疾病如肾炎、血液病、心脏病，要做肾移植、人工肝、人工肾时，那就意味着他们靠近了死亡。

生活中，许多农民到城里求医的目的只是讨个“说法”。是恶性的无钱治，是良性的舍不得治。说白了，这个说法就是“死因”：我是得什么病死的。

患了恶性肿瘤固然是生命的无奈。同是无奈，步入城市的大医院在肿瘤科病区或在优质病房，我们可以看到一个个病人躺在洁白的床单上，抗癌药，一点一点在闪烁的阳光下流进他们的血管。昂贵的药费使他们生命得以延伸1年，2年，甚至3年、5年，也许只有2小时、4小时、6小时。床头上的鲜花，室内的空调，年轻护士的微笑，老专家细心的检查和叮嘱。他们在生命最后的时刻享受着人间的温暖与亲情，当药物无能为力的时候，他们安详地闭上眼睛。曾有一个医学院的学生颇有兴趣地对肿瘤放化疗的病人做了个简单的调查统计，他惊讶地告诉老师，农民患癌症的少，干部患癌症的多，占总人数的80%。老师笑了，告诉他，不是农民患癌症的少，恰恰相反，农民患癌症的人要比城市多，只是他们无力接受需要巨额费用的放化疗。干部或是公费，或是保险。学生哑然。社会会哑然吗？农民的健康、生与死会就这样悄悄地淡出众人的视野吗？

死是人生的终点。病了，谁都希望得到良好的医治，在医生呵护下无憾地死去，而不是痛苦地辗转于贫病交加、求生不能的人生旅途上，更不愿等待死亡静静地到来。然而，我经常会听到或见到这样的悲痛的

事，就在某一个冬天的夜晚或是某一个春寒料峭的早晨，一个农民的家中，一位老人几声咳嗽、几声哮喘就这样离开了这个世界，无声无息死在家中。中国农民普遍有这样的习俗——死在家中。贫穷正好满足了他们的这个心愿。他们难道不清楚这个习俗对于他们是生命的不公么？

郭雪保是吉水县农民，20岁当兵，两年后退伍回家，自学成才读了夜大，到深圳打工。父亲患了癌，他陪着来医院治疗。他在广州、深圳一带打工已深深地感受到被歧视的痛苦、自卑和愠怒。回到家乡，陪着父亲住院，他再一次获得了这种感受。因为无钱，整个医疗环节无法有效地衔接；因为无钱，常被停药，整体治疗无法到位。更让家属无法接受的是，城市的病人在临终前一分钟还在继续抢救，而农民离死亡还有一段很长很长的路时，医院、医生害怕你欠费就变相地逐渐终止治疗，劝家属病人回家。当然这些话都是好话好说：“你们赚一点钱很难，不要人财两空，早点抬回去吧！”

如何活，农民是无法与都市人相比的；如何死，那也是农民与都市人无法相比的。其实，如何死可以视为对如何活的另一种诠释，是如何活的一种意义上的延伸。关怀死，归根结底也是关怀生。郭雪保绝不可能代替或试着感受父亲濒死的滋味，但，他目睹这种死前的状态，无异于是一种感受。死是人生的无奈，死是人生的必然，死是人生的终极。在这种必然与无奈之中，郭雪保感受到了什么呢？自己无力去尽孝？自己无力献上这份亲情？这种无奈与必然会淡化或戕害我们的交往和情感吗？会蚕食或风化我们的道德与伦理吗？

周桂典是江西省上高县瀚堂乡有源村的农民。他是属于新一代的有文化的农民。1966年“文革”开始那年出生，1984年考入上高县重点中学——上高二中就读文科班。

上高县地处江西省中部，丘陵地占了65.79%，无水路，铁路还是省级内部线路，往南只到新余，目前尚只开展货运。与外界交流仅靠320国道。每个县总有他的自豪与闻名之处，抗日战争之初，举世闻名的上高之战就发生在这儿。上高人常以此自豪，周桂典在中学就暗自决心把上高县的壮烈用自己的笔表达出来。1987年他高中毕业，不幸的事发生了，母亲患直肠癌去世，父亲悲伤过度发生了脑梗塞，偏瘫卧床不起。他是老大，那年他19岁，他不能继续升学，一是没有钱，二是家里的田要他耕种，妈妈治病借的债要偿还，弟弟还小，这个家要靠他支撑。就这样，他开始了新一代的农民生活。

他勤劳，有文化，山后的竹林，屋前的稻田，谷场上的鸡，圈里的猪都给了他满意的回报，他准备盖新房子。他还不满40岁就可以盖新房，这是大喜事呀！打好地基，盖了1层楼，全家迁进新居，他眼前一片光亮。花开花落，春来秋往，炎日寒风，绿叶金果，平淡的日子像是屋后的翠竹、门前的绿树一样悄然向上。结婚，生孩子，如果什么事都不发生，如果生活像云彩那样安详，日子像溪水那样平静，房子该又升高1层了。世事没有如果。

周桂典总感到自己易倦，不久又咳嗽。该买点止咳药了，妻子小晏常在半夜听见他强忍着咳嗽的闷咳声："到县医院去查查吧！""不就是感冒！"他舍不得花钱。还是妻子硬拽着他，做了一次检查（可惜没有照胸片），医生说是感冒，慢性咽喉炎。病情变重了，痰里带血点，出现胸闷。再去医院拍胸片，报告是肺癌，夫妻俩匆匆赶到江西省肿瘤医院：被告知的是，已失去了手术的机会，肺癌进入了晚期。中国科学院院士裘法祖主编的《外科学》中对肺癌治疗的预后是这样叙述的：早期肺癌经手术治疗后，约有半数病人能获得长期生存。

2004年的春节，上高县二中的1984级同学相约，相聚。相识的那年正好唱了那支歌："再过二十年，我们来相会，天也新，地也新，春光更明媚，城市乡村处处增光辉……"

周桂典没能参加这次聚会，他已经卧床不起了。细瘦的双腿已无力支撑他曾挑起过岁月重担的双肩。他知道爱妻的悲哀，她在四处寻找秘方为他治疗，求得一线希望；他知道慈父在为他暗自流泪到天明，老人不愿看到白发人送黑发人。他很清楚，晚期肺癌是活不了多久的，生命进入了倒计时。也许2004年的春天是生命中的最后一个春天，等待吧，等待。把这不多的日子留给父亲，留给妻子，留给还只有11岁的儿子吧！

望着老父泪水朦胧的眼眶，望着爱妻饱含着怜爱的双眼，望着儿子一双忧郁的大眼睛，他痛苦的脸上开始露出了微笑，没有钱，没有财产，留下的应该是坚强。远处的田还要种，那是一家人生存的依赖。这幢房还要修缮，猪栏里还有20头小猪，上有老，下有小，全拜托爱妻了。

当初迟迟不去医院是为了省钱，现在死期已定又何必再去浪费钱呢。就这样默默地守着家，守着亲人吧。

2004年的早春2月，一个阳光灿烂的早晨，上高二中1984级在江西工作的20多个同学乘了几辆车，来到他家，他惊讶、高兴、激动。算一算还真20年了。20年前唱《再相会》的那支歌，今天在这儿唱起来该是一种怎样的心情呢？映入同学眼帘的是空空荡荡的厅堂，一把他父亲从旧货市场购回的旧沙发，摇摇晃晃，只能放物，不能坐人了，用塑料绳子捆绑了一圈又一圈，还有晃动，像是被老鼠啃噬的锦纶毯子铺在其上。厅堂里找不到什么值钱的东西了，两把木椅还是40年前的。中柱上有面镜子，已经碎了，也是被细麻绳紧紧绑着的。他妻子拉着几个女同学的手早已泣不成声，悄悄地在一边说："他死活不愿去治，我忍心么？不治，我对不起他呀！"还只30岁的小晏，看上去十分老态。尽管家徒四壁，一贫如洗，小晏见同学们来了，还是端出一盘葵花子、一盘红枣、一盘花生、一盘糖摆在桌上。

已经开始借债了，小晏不是在叫苦，每次外出为丈夫捡药，她都是回娘家讨的钱。丈夫病成这个样子，家中还要承担抚养偏瘫的公公半年。这是与弟弟协定的规矩，病成这样做哥哥的周桂典也没有提出废掉。同学中没有大款，大家尽了最大努力，凑了6000多元，只是杯水车薪，是片羽之情，每个人心里都明白。

分别时突然下起了春雨，小晏扶着他不停地向远去的汽车挥手，透过车窗向外望，他俩立在风雨中。

同学们都流下了泪，这，这是最后一眼吗？这，真的会是他生命中的最后一个春天吗？在本书快付印时，我接到上高一个朋友的电话告知，小晏在收到同学们微薄的赞助后的2个多月后，周桂典告别了人生，走了。工作在高安的同学又去了他们家，那借钱买回来的中草药，一包一包堆在那里默默无声伴着3个黯然无声的人。他儿子光膀子正在剥麻，想为妈妈减轻一分操劳，那忧郁的目光始终没有上抬过。他们寄来了一张照片。

第二部分 求医：疾病猛于虎第10节 埋单演绎和诠释出的故事(1)

1．孝敬：一道流血的伤口

厚生是年香大妈的遗腹子，他在娘肚子里5个月时，据说父亲因患脑溢血过世了。我们科里的医生认识厚生是年香大妈来做肾透析的日子。大家很敬佩厚生的孝道，也很敬佩年香大妈的坚强。孤儿寡母，在贫瘠的乡村把孩子养大是多么艰难。厚生说，他死过好几次，应了那句“大难不死，必有后福”的话。厚生还记得母亲背他下田的情景。他们家的田在对面山沟里，清明时节，下田抛秧，母亲怕他乱爬，总把他捆在背上背着。有次，母亲背他走到田中间突然脚一歪，倒了。母子俩横卧在水田里，厚生刚过1岁，只哭了一声就闭气了，险些被田里的泥水呛死。山沟里风大水冷，母子俩一身泥一身水，回家后高烧了两天。还有一次，厚生刚学会走路，喜欢四处跑。夏天，一阵雷雨，山水如注，厚生走到门外找妈妈，一下跌进门前的水沟里，沟窄水急，厚生被冲走了几米。好在邻居在他家门前扎了个竹栅，是拦鱼虾用的，厚生才没被冲走。厚生大了，读书特别用心。考大学那年，年香大妈患了急性肾炎，肾功能衰竭，告病危，抢救。厚生哪有心思去复习考试。请假照护侍候妈。医生对他说：“你妈的腰子（肾脏）没用了，要靠人工肾维持，如果你有钱将来可以换个肾。不过，这个费用……”“要多少钱？你明说。”厚生问。“六七万吧！”医生说。“行。”厚生走了。医护人员不知厚生干什么工作，只听年香大妈说，他在深圳打工，与朋友合办了一家工厂。做一次透析都要600元，还要吃药，一般农家是负担不起的。年香只夸儿子孝顺，不光是用钱大方，侍候照护也是一般子女难做到的。老人便秘，用“开塞露”，灌肠都不行。有次大妈便秘，差点倒在厕所里，拉出的大便比羊粪蛋还硬，实在拉不出来了，厚生用手伸进他妈妈的肛门里一块一块地抠出来。

年香大妈说这辈子没有什么想头，只盼望厚生找个好媳妇，死前能抱抱孙子。这是她最美最甜的梦。

医生说，不做肾移植术，怕是圆不了梦，随时都有可能倒下去。

几个月后，厚生陪他妈来了，住进了泌尿外科。就在年香大妈推进手术室后不久，医院保卫人员陪着两名警察来到病房，大家还以为是厚生的朋友。保卫科同志严肃地说：“别惊动了他，叫他到办公室来，就说

是医生找他谈话。”厚生在医生办公室里被戴上了手铐。厚生很冷静，他对警察说：“迟捉晚捉，总是要被你们捉到的，请你们让我和医生说几句话。”他不希望妈妈知道这几年用来治病的钱是他骗来的。这一生他没有别的想法，只想报答妈妈的养育之恩，让妈妈快乐地活几年。在农村，做一个母亲太难太难了。在读书时，他一直是三好学生。如果那年高考他妈妈没有病，也许，他大学毕业了，也许他已是一名部门经理。他说，他对被骗的人表示歉意，他骗来的钱没有用于吃喝玩乐，他统统是供妈妈治病（据厚生说，当他得知受骗的是穷人，一定会想方设法退还。）

他被带走了。年香大妈还在手术室里，手术在进行，治疗还要进行。追述这个结尾已没有太多的必要。望着厚生的背影，大家发出了叹息：这个孝敬付出的代价太大了。值，还是不值？

关于厚生这类似的孝敬方式，采访中我听到的、见到的并不是绝无仅有。

这是一名皮肤科医师讲述的与一个病友交往的经历。

一般我们对性病患者都嗤之以鼻，当然也有例外，比如受害者。对那些卖淫者、嫖娼者，我们从心底里就感到厌恶，但出于职业道德，对来就医者，我们还是笑脸相迎，认真检查，详细询问，按原则治疗。

看她这脸庞、这身段，这一身穿戴，我判断出她十之八九是暗娼，是性病患者。果然，她的主诉，她的检查使我很容易迅速做出判断。性病并非像街头广告上所言“一针了之”，患病有个过程，治病也得有个过程。她取药、复诊、复查，每次都找我。我发现，她心理素质特别好，不像一些暗娼，走进治疗室躲躲闪闪，左顾右望，怕撞见了熟人。我心里在嘲笑她，以此为荣吧。一连几天，我察觉在医院院子里天天都能碰见她。她家有人住院。她也不避我，热情地打招呼。大概是看我还真诚吧，或是她不吐不快，本身就想找人倾吐一番。终于，有一天，她叫住了我，客气地问，皮肤起疹要用什么药。原来她父亲在心内科住院。她担心皮疹是否与用药有关，我没有随便回答，我答应去病房看看。我看了病历，问了病史，几分钟的会诊，加深了我对她的了解。她是修水县溪口乡人，那是江西的西北山区，与湖北交界，很穷。她父亲种田，45岁，患了三度房室传导阻滞，心跳每分钟30次，3天前安了起搏器。这种病不治就只有等死；治，不是只有一线希望，而是能和正常人一样，很快就可以恢复正常生活和工作。她父亲原准备一死了之，家境贫穷，哪

有钱用于治病，是她陪父亲进城住院，父亲自然夸女儿的孝顺，告诉我，家里还有两个儿子，吃饭、读书都靠这个姐姐供养。她父亲十分难过，为自己得坏了病痛心，没有让女儿读完高中，如果没有病，身体好，他一定会让女儿读书，读穿头的。

会诊结束，她送我出病房。我顿时觉得对她有了几分理解，起搏器要1万元，住院、安装、用药，没有一两万块钱是无论如何不能搞定的。一个农村姑娘，在城里靠做什么事赚钱最快呢？她父亲出院的那天，她拎了一篮水果送我，一是表示感谢，二是告别，我坚决不要。那天大雨，病人不多，我多说了几句，有安慰，也有相劝的话："要学会自我保护，要自爱，你爸没有一点重男轻女的思想，对你多好！"这层纸没有点破，但已经捅湿了。一些话语可以相互渗透，她开口了："我知道，我也看出来了，你们医生瞧不起我们这帮人。就是礼物也嫌脏。至少，我的不脏。我从小就是规规矩矩的女孩子，爸爸喜欢我，下决心培养我，只要我肯读，借钱也要送我读大学。爸爸病了，我一打听是只要有钱就可以治好的病，我们为什么不去治呢？科学这么发达，我们还去等死吗？在乡下找人赞助、找人募捐是办不到的，只有靠自己双手去挣。爸爸的病不能等了，医生说，随时随地都可能死。我只好去借钱。到信用社贷款利息是6厘，没有熟人贷不到，逼着我借高利贷。这一切我都是瞒着父母做的。借钱是要还的，我靠什么能力去还……你不应该把我们这些都视为丑恶，真的，我们做的并不丑恶，我们中间有些人，至少，我的心是善良的。只要我的债还清了，爸爸可以下田种地了，我就边打工，边读书。我想读服装学院，就在家乡开家服装店也蛮不错。如果，我有了孩子，我一定让我的孩子学医。乡下太需要医生了，农民看病太难，太贵了……"

"我会继续认真为你治病的。"我说。

她走了。想想，我又追了上去，叮嘱一句："要按时吃药啊，你的病一定会很快好的。"

2婚姻：不能共享的晚餐

病人是位待嫁的姑娘。

对话是在医生和其父之间进行。

"医生，对你我就不隐瞒了，我女儿已经订婚了。如果这次手术破了

相，男方就会来查是得了什么病，我怕他们反悔。能不能吃药不开刀最好，再说，再说，开刀的费用这么贵，我家也负担不起。你看，她这病能拖几久？婚事是安排在下半年，只要拖到下半年不出事就行。”

“这是你女儿，不是别人。你忍心让你女儿病情越来越重么？早治疗早好，晚治疗怕转移恶化。这个道理你应该懂。”

“我女儿得的是‘母瘤子’吗（恶性的，农民习惯称为‘母瘤’）?她还有弟弟妹妹，治疗她的病，毁了我们一家人。如果男方得知是‘母瘤子’就不要了。唉，医生，你们不知道农村人的苦衷，我如果不心疼我女儿，会帮她找一个有钱的人家。嫁出去了，是他老婆，再有病，老公就得花钱治，是不是这个理？”

“有病不能等，不能拖。早治对身体好，也省钱；晚治，危及生命，也多花钱。为女儿治病花钱这也是你父母的责任。”

“医生，我只讨你一句话，等半年要不要命？”

医生还是那句话：“有病要早治，早治早好！”

最终父亲还是领着女儿回家了。

下面是发生在普外科的一件事，可以作为上述对话的尾声。

妻子已明确诊断是胃癌，从消化内科转进普外科等待手术。她丈夫迟迟不交钱，电脑的清单上已表明，她交纳的钱剩下200元，只够几天的输液，还不能多用药，再用就欠费。丈夫是回家筹钱去了么？

两天后，其丈夫和公公婆婆都来了。丈夫、公公、婆婆在责问病中的妻子。

“你是不是早就得了胃病？”

“我哪知道？”

“你刚过门就花了我家这么多钱，现在又要开刀，我家也不比你家富，我治得起么？”

他妻子低头抽泣，无语对答。结果是婆婆在病房的走廊里捶胸哭骂：“我家哪那么倒霉，找个扫帚星，找了个夺命鬼，要吸干我们家的血

才罢休。怎么办？总不能卖牛、卖地为她治病吧！儿呀，儿呀，你怎么不长眼找个病秧子，不是害你一人，是害了我们一家哇……”

没过多久，这位婆婆敛住了哭声，走进医生办公室向位老主任询问：“请你们说句实话，她开刀了还能怀孩子、生孩子吗？生下的孩子会得瘤子吗？她身上的瘤子会不会传染？”一切都问清楚后，三个人又凑到一起商量，仿佛是在划算这笔“投入”值不值得。最后，才下决心，让媳妇接受外科手术治疗，留着婆婆照护，父子俩回家筹钱。虽然两个老人质问、吵闹、哭泣，毕竟还是为这个媳妇治了病。我见到的另一个却是把自己的老婆抛在医院，跑了。

她是武宁县船滩乡人，那是江西省贫困县之一，位于赣西北幕阜山麓。她嫁给了一位游走四方的裁缝，丈夫有手艺，日子倒不苦。她带着刚满1岁的孩子给丈夫打下手，走乡串户，恩恩爱爱。她一直在发热，吃了药，打了针，总退不了烧。老婆没到过省城，也算是旅游，也算是治病，两人就这样欢欢喜喜、亲亲热热地到了省医院，先是呼吸科，后转到血液科，做了骨髓穿刺。当这个年轻的小裁缝得知老婆得的病要花好多好多钱时，一个人在病房外感叹着：“倒霉！倒霉！”两人在一起时看上去他还是对老婆那样亲热。两天后，他说，把孩子带回去，让婆婆照看，他去筹钱。10天过去了，没见他返回的影子。她每天吃饭的钱都是靠同房的病友赞助的，医院也只能每天给她打葡萄糖、维生素维持最经济、最普通的治疗；又过了5天，大家估计，小裁缝可能不会来了。再问这位武宁的病人，她说，小裁缝是上饶人，两人也没打结婚证就这样同居了。她得了重病，他也不管了。她该到哪儿去找他，她不知道，病房的病友、医务人员为她凑足了路费送她回家，她欠了医院的医药费也只得挂起来。

在许多大医院家属放弃治疗，弃病人而走的事例已不属罕见。

第二部分 求医：疾病猛于虎第11节 埋单演绎和诠释出的故事(2)

3弃儿：永远抹不去的阴霾

1999年深秋，北京儿童医院的几名医生出了一次特殊的差。他们驱车几百里去河北定兴县，把一个两个月大的孩子送回他父母身边。因为孩子的父母交不起或不愿交治疗费而扔下孩子，自己跑了。这孩子患的是脑病，经过医院治疗，孩子已经恢复正常。就在医院向家属发出第二次欠费通知后，父母跑了，把只有两个月大的孩子留在医院。病房医护人员除了承担日常治疗工作外，还要承担养育任务。埋单自然归医院了。

患脑病的孩子是幸运的，他找到了自己的父母。更多的是无法按病人家属提供的地址寻找；或乡村不准，或身份证号码不准，院方也不可能组织一批专人去寻找。结果是，病好后派人送回该县市民政局，请他们代管，或就地送到SOS村、孤儿院。病情不稳定的、危重的患儿，哪怕是还有一口气，医护人员都会尽力救治，都会人道地护送他们走完人生最后的历程。这些病人大都是女婴，不会说话的，不懂事的，昏迷不醒的。科主任和护士长都会指定专人负责，打针、喂乳。如果是懂事的，会说话的，孩子们的哭声、呻吟声将会牢牢地渗透进医护人员的心中，像一团永远抹不去的阴霾。他们给我讲述了与病儿有过这样的一段对话。

4岁的翠翠患的是血液病，发热，牙龈出血。孩子的病已把家里人都拖垮了。爸爸不能去打工，妈妈不能去种田，3个人挤在一张床上。经常半夜牙龈口腔出血用棉花压不住，用止血药也无效，只有靠输血。输一次血就要几百元，治疗一年住院半年，花费了几万元。翠翠生病之初，父母说卖房子、卖地也要治好孩子的病；半年的住院，他们已成了半个医生，知道这种病治不好，生命的维持只靠钱。卖了房子卖了地，还卖什么呢？不能说他们没有尽心，不能说他们没有爱心，将近200多个日日夜夜，父母的怀抱就是翠翠的摇篮。病到今日，他们夫妇在家里已无物可卖，村里已无人肯借了。大家都知道给这孩子治病是无底洞，两人不做事，哪有钱还？

那夜，翠翠又出血，医生说再多出几次血，输血也控制不了病情，怕会伴发一种叫DIC的并发症，中文名叫弥散性血管内凝血。不知是从哪

天哪时开始，不知他们夫妇是怎样下的决心，就在一个细雨霏霏的清晨，趁孩子熟睡后，他们走了。

孩子醒了，第一句是叫：“妈妈，我要妈妈！”我们到哪里去为她找妈妈，只能骗她说：“妈妈上街给你买糖，马上就回来。”第一次的谎言是美丽的，第二次呢？到了夜晚孩子渴望见到妈妈的眼神和呼喊真让夜班护士有点揪心撕肺的感觉。每天工作人员都和翠翠进行这样的对话。

“阿姨，我要回家，我想妈妈，我病会好吗？”

“打了针就会好！翠翠是世界上最乖最乖的孩子，阿姨轻轻的，最轻最轻给翠翠打针，翠翠不哭，好吗？”

“翠翠不哭，翠翠咬紧牙，咬紧牙就不痛，是吗？”

护士已不忍心在她身上注射了，每注射一针都是困难的，皮下出血，小血管破裂，皮肤肌肉浮肿，到最后找不到一处打针的地方。医护人员竭尽了全力。翠翠4岁生日那天，大家凑了钱买了一盒蛋糕，她第一次品尝了生日蛋糕，第一次听见了有支叫“生日快乐”的歌。大家希望在春天的日子里她病情有所好转，寻找到她父母，送她回去。没有等到春天，她高热、抽搐，并发肺炎，走了。她的声音，她的求生目光，她痛苦的对未来充满憧憬的面容永远留在护理治疗过她的医护人员心中，成了一团抹不去的阴影。

我想，父母做出遗弃孩子的决定那瞬间一定是痛苦的，父母决定离开的孩子的那瞬间也一定是痛苦的。当医护人员得知孩子被遗弃，望着啼哭的孩子，心中同样是痛苦的，痛苦之余更多了一些咒骂和埋怨。骂父母无人性、无关爱，这些父母是无知，是无奈，是真的毫无人性？

有一年，我在医院儿科遇见一位携子求医的年轻夫妇。丈夫已在城里打工3年了，妻子也来城里生活了1年，严格地说，他们还是农民。妻子说，看见孩子发热，心就发颤，手就发抖。他们第一个孩子就是因发热住院的，最后诊断是淋巴肉瘤。那时，他们父母刚病死，家境是一贫如洗，既然得了不治之症，只有放弃不治。一是相信迷信，孩子死在家里不好；二是也不忍心带回去，留在医院里多活一天是一天，医生总不会把孩子搞死。他们就这样走了。如今，守着这个孩子，像走钢丝一样，心总是悬着的。脚往医院里走，他们就心怵，就怕。他们，他们不是无情，是无奈，真正的无奈呀！社会学家呼吁，对这些父母要多做些

人性仁爱教育。这对青年父母反问我：我们用什么本钱给孩子仁爱和人性，我们也要吃饭。最后我们的本钱只有乞求，靠人施舍。

这里说一句并非题外的话，一位北京专家告诉我，从20世纪90年代起，在儿童死因中，恶性肿瘤仅次于意外伤亡，排列儿童死因的第2位。武汉市儿童医院2004年公布一项统计分析显示，儿童肿瘤疾病以每年6%的速度递增，也就是说，这种无奈的选择还会发生，人性仁爱教育对于他们会有用吗？我想，患病是无奈的，对于贫困的农民，治病是无力的。无力与无情之间该画怎样一个符号，该怎样选择，他们是痛苦的，也是清楚的。

4□“医托”：撒在伤口里的一把把盐

到各大医院门诊部做一次简单的调查，就会发现，到大城的大医院去求医，受“医托”之骗的大都是外地患者，外地患者中，受骗最多的又是农民。这里要说明的是，这种“医托”和倒卖专家号的“医托”有所不同。这类“医托”是采取欺骗手段为非法私人诊所或假医生拉病员。他们骗得病人钱后，一般取四六分成。

2004年4月7日，《江南都市报》第3版有一篇报道是《热情“医托”带我进诊所》。这类报道各地小报都有过报道，真可谓是屡骗屡报，屡报屡骗。

这名记者写道：

3日上午，记者来到位于省城八一大道的江医二附院。刚走到这家医院大门旁，便看到一个中年妇女拦住一个带着小孩的农村妇女，询问“孩子患了什么病？”农村妇女回答说，孩子得了心脏病，上个星期到省儿童医院检查，医生说孩子年龄太大，无法动手术，所以就想到二附院再来看看。中年妇女一听，忙说：“呀，这病可耽误不得，中医治心脏病是最有效的。”并称她认识省中医院一名姓汪的教授。见农村妇女有些犹豫，中年妇女接着说：“孩子的病要紧，你如果不相信我，吃亏的是你自己。”停顿了一会，中年妇女又说：“你儿子认识字啵？我是看小孩可怜，我把汪教授家的地址写给你，你自己去找。”

等中年妇女离开后，记者立即追上了母子俩，在亮明身份后，小孩把中年妇女写给她的纸条递给了记者，并告诉记者他们是南丰人。在这张纸条上，记者看见上面写着“中医厚德路175号”。

记者暗访了这家诊所：走进这家无名诊所，记者看见一名身穿西装有些秃顶的男人坐在桌子旁。中年妇女向记者介绍说，这位就是“汪教授”，随后便离开了诊所。“汪教授”热情地问记者看什么病。记者称是听了二附院门口几名中年妇女的介绍而慕名前来的。记者告诉“汪教授”，自己一亲戚家的小孩在儿童医院诊断为心脏病，但由于小孩年龄偏大不能动手术，不知该怎么办。

“汪教授”说，心脏病属于心血管疾病，动手术是没有用的，用西医治疗病人也只有等死。他说，用中医治疗就会收到很好的效果，而且完全能够治好，但需要很长时间。“汪教授”让记者放心把小孩带来，他今年70多岁了，有丰富的临床经验。在与记者聊了一会后，记者突然问他是哪所医院的教授。此时的“汪教授”则愣了一阵，之后就没好气地对记者说：“你不看病就不要问这问那。”

“汪教授”简单地问了一下病情，就煞有介事地为记者开“处方”。趁“汪教授”低头开处方时，记者环顾四周，见墙上挂着一张《执业医师资格许可证》，但未见《医疗机构许可证》。诊所内除了一排中药柜就只有一张坐诊看病的桌子。不一会儿，“汪教授”便给记者开了6副中药。

记者提出了一个问题：如何治理“医托”？我想提出另一个问题，为什么受害的总是他们——农民父老乡亲，难道用“无知愚昧”、“不懂医学知识”就能完全解释得了吗？我遇见另一位来省城看病的农民，姓邓，来自江西崇仁县，耳垂下长瘤子，五六年了，近数月有痛。县里医生说，要开刀，介绍他到省一附院。医院太大了，外科楼13层，内科楼16层，门诊楼14层，他立在医院门口不知双脚迈向哪里。家乡的山再高他能爬，谷再深他能过，高楼之下，他找谁？来了一个热心的中年妇女问他，看什么病，他说了。中年妇女说：“我得的也是这个病，吃了几包药就好了。不开刀，花钱少，我带你去。”挡不住的热情，简易经济的治疗吸引了他，他的双脚跟着中年妇女移动了。花去了700元，肿瘤依然，疼痛依然。县里医生说，你赶快去一附院吧，再拖就会变癌。他第二次来省城，问他为什么要跟“医托”跑？他的回答很简单，省钱。县里医生说，开刀要花几千元。开刀要流血挺吓人的，吃药能治好，何不去问问？用最少的钱治好病，用最简便的方法治好病，这是每个农民的愿望和要求。这个愿望和要求与一块磁铁石埋在他们心中，只要与这块磁铁石相吻合的另一块很快就会吸引在一起，那力量是趋向的、神秘的、巨大的。

一方面许多疾病确实无法用最简单的方法，最少的费用去治疗；另

一方面，我们的医院，我们的医师在为农民治病时，有多少人会去考虑怎样为农民省钱省时呢？许多医院都实行了科室目标管理制，经济不达标，医护人员就无法拿到奖金。这种机制下，收费系统还怎样运转呢？比如说，用药，是用价格便宜的青霉素还是价格偏高的阿奇霉素？再比如，下颌骨切除，可以用肋骨，可以用钛板，后者是前者费用的四五倍。如果是前者医生要担风险，前者的总花费近2万元（上海地区近3万元），农民治得起吗？

九江市庐山区赛阳乡金桥村有个姓孔的农民，孩子出生后患了眼疾，当地医生劝他到省城治疗。下了火车就被“医托”骗走，700元病没治成，口袋被掏空。再到二附院眼科就诊只剩下挂号费了，算是问清了治病的费用要1000元，夫妻俩把孩子带回家。1000元要存两三年。当孩子4岁时来到医院，医生说已失去了治疗的机会。夫妻俩抱头痛哭。医生说当初你为什么不取钱就来。答，我到哪儿去取钱，乡下人要一点一点存，我们存了3年哪，3年就得到一个不能治的结果！站在漫漫的求医路上，他们无可奈何地选择了被骗，他们又何尝愿意受骗？像这样受骗后失去了眼睛，失去了健康，失去了生命的例子还少吗？

5老有所医：一道很难平衡的方程式

廖细佬老了。老了他不急，他比好多老人强，他养了4个儿子，根据4个儿子的协议，他不用种田了，每个儿子家住3个月。儿子是他的骄傲。养女的人家就苦了，女儿嫁出去了，两个老人谁养，郎（女婿）自己的父母还要养哩。在他63岁那年，小儿子外出打工，被汽车撞伤，成了残疾人，一只脚永远离开了他。虽然装了假肢，可挣钱难多了。他提出，请兄弟们照顾，不承担父亲的养老。3个哥哥条件还好，没多考虑，同意了。从此，廖细佬一年跑3处。现代生活总是多变，老大不知哪年患了肝炎，当肚子里有了水，才晓得已是乙肝晚期。有一年，老大半年住在医院里，哪有能力赡养老人?他也像弟弟一样提出不承担养老的义务。这次老二、老三没有同意，你不养，他不养，谁来养？和睦的一家人转眼反目为仇。这年春节按顺序该到老大家，老大卧病在床，实在不能接纳，老二、老三说绝不能开先例。小儿本想接父亲过年，他老婆反对：“接客容易送客难，要是老人不走，怎么办？”结果是，廖细佬夫妇在自己曾辛苦共养育了4个孩子的破屋里渡过了一个寒冷的春节。从此，廖细佬的脸上再也看不到那自豪欣慰的笑脸了。疾病击倒了他的儿子，也冲走了他晚年的幸福。老人一旦生病，谁支付医疗费，在农村，自然落在子女身上。子女中有人外出打工挣点钱还好商量。如果兄弟都是以种田为生，经济拮据，一年所获只能供老人温饱，病了怎么办?住院了，

医药费兄弟之间平均摊分。日常生命吃药就复杂了。吴老三是修水县黄沙桥乡一个农民，每年冬天气管炎犯病，犯病就要吃药。原来冬季在小儿子家住，夏季在大儿子家住。想到每年支付的药费，说什么，小儿子也不同意这种方案。他们又将冬天再次分割，亲兄弟，明算账，谁也不能吃亏。这样做，确实有悖于中国的孝道。年迈体弱的父母完全理解子女，他们也不愿增加儿子的负担，也不愿伤害两兄弟的感情。老人病了，不能动了，总得去一个地方，总得有人为他们送终。无疑，患病的老人们给贫困的农民带来的是雪上加霜，破屋逢雨。

金色的黄昏，夕阳的美好，三代同堂的幸福，一家人进餐的温馨在这个时刻，这个状况似乎都消失了。中国人一向重视家庭，哪怕子孙你死我活的勾心斗角，只要长辈活着，一个大家庭或四世同堂，或三世相聚都要在老人的威严下维系着，这是脸面，这是正常，这是伦理的必需。进入市场经济后，在农村，女儿长大成人后嫁给外姓，与父母劳燕分飞，远离故土，如果是独子，那就是几代同堂，如果有两三个儿子，那肯定逐渐分家，各自东西。老大盖新房，老二也不会落后。这样多儿多孙的家庭，面临的问题是：两个老人落户谁家。如果有劳动力，尚能做做家务，照护子女，应了一句古话：家中有个老，胜过有个宝，谁都想要；如果身有残疾，患病卧床，谁都不想要。不是子女不尽孝，有病的老人请进屋，立马需要支出的是治疗费、医药费，谁埋单？

当我们诅咒金钱的时候，我们不得不依赖金钱，没有金钱，没有了经济基础。在有些地方，有些家庭，有些人群中感情大厦会崩塌成残垣断壁，亲情会被金钱的魔爪撕裂。子孙该如何仰望自己的祖辈呢？

第二部分 求医：疾病猛于虎第12节 埋单演绎和诠释出的故事(3)

6因病致贫：穷人的孩子早当家

是她让我真正理解了《红灯记》中那句唱词："穷人的孩子早当家"真实含意。

我忘不了她那双注视我的大眼睛：清澈、明亮，宛如一泓山泉；我忘不了她那呼喊我的稚嫩声音：甜润、清脆，像在窗前跃动的黄鹂鸣叫。认识她，是在她爸爸住院的日子里，她陪护着他。每天，她早早起床把病房扫得干干净净。把用过废弃的矿泉水瓶子、百事可乐、健力宝的瓶瓶罐罐放在她爸爸的床下。每次护理员都不好意思地说："谢谢，你又扫了。"她只是笑笑。她需要这些瓶瓶罐罐，她是病房里病友们的"拐杖"。谁要去检查，谁要去上卫生间，她都主动地去搀扶。大家高兴地称她是病房病友们的女儿。

"你几岁了？"被她的勤劳单纯所感动，我问。

"8岁。""读书了吗？""没有"。她羞涩地低下了头，目光里流露出一点忧郁。又说："爸爸说了，病好了，出院了，赚了钱一定送我去读书。""识字吗？"我关心地问。"会，会写自己的名字。"她大概是怕我不相信，顿了顿又说，"叫咏梅，梅花的梅。"我记住了。

她爸爸是由于多年挖矿，已是矽肺晚期患者。呼吸困难，动动就出现紫绀，基本上丧失了劳动力。那正是春忙的季节，她妈妈和姐姐回家忙春插耘田去了。那阵子，我们共青团正开展学雷锋活动，我便组织了青年医生和护士为她买了几本书和练习册。她高兴极了，我问她："想读书吗？"

"想。"很快又补了一句："好想，真的。"

晚上病房很安静，只要没有危重病人，不管是医生还是护士都会教她识字。一本图解唐诗，她特别喜欢。学习了1周她居然能背出20多首唐诗。

不久，他爸爸的病情控制了，要出院了，记得是出院的头一天，有

人敲我办公室的门，我说："请进。"还是敲门声，我起身开门，是她。她右手里握着一卷红纸，那是感谢信。见她右手拎着一篮花。我心一动，相处1个多月，我知道她们家穷到什么程度，买一篮花，那得花去她们家两三天的饭钱哪，我有点激动，猛地站起来。"咏梅，你为什么买花，退掉！"也许我过于孟浪，她哭了："爸爸真心感谢你们。爸爸说，想买块匾送给你们；爸爸说，现在没有钱，买了张红纸写感谢信，以后有了钱再送。这花，这花是我自己的钱。"

"你哪来的钱？"我奇怪地问。

她父亲的住院费用是几万元，是她妈妈卖掉了耕牛、卖掉了猪，卖掉了家里能卖的资产后还借了1万元的债。这些，全科人员都清楚。

"是我捡矿泉水瓶子卖的钱。我，我原来想用这些钱买书的，叔叔阿姨给我买了，我就买了花送给你们。"

那稚嫩的甜润的声音如蜜汁一样迅速向我心田渗透，那注视着我的大眼睛里晶莹的泪水在滚动，让我感受到人世间的清纯、温馨。我明白，我理解。那期间，城里人出院都习惯给医护人员送一束花，表达感激之情。这个8岁的农村小姑娘，就这样悄悄地、静静地这样表达了自己的感情。我眼睛也湿润了，我真想扑上去抱起她，紧紧地紧紧地抱起她说声："谢谢你！"

科里同事一直念着她，她送的那篮花，我们十分珍惜、呵护，每天洒水时，总会有人说，不知咏梅上学了吗？长高了吗？她爸爸病好些了吗？我们还真想见见她。

想不到真的有那么一天。那是别后的第三年，不是她爸爸复诊，是她一个人。

那夜我值班，夜里查房时，我发现一个小姑娘拎着蛇皮袋在病区走动，是陪客？还是小偷？我快步走上前，拦住问："你是哪床的陪客？"她抬起了头，那明亮的眼睛放出的光一下映入我的心中，这不是小咏梅吗？"你爸爸又住院了？"

她低下了头，目光也暗淡了，脸上泛起了红晕："没，没住院。"

"你，你一个人做什么？"

她下意识地拎起了蛇皮袋，抱在胸前，我听见了蛇皮袋里矿泉水瓶子和空空的易拉罐撞击声。我的心一颤、一紧，我明白了。我蹲下来，拉着她的小手问：“你爸爸呢？妈妈呢？”难道说，她爸爸“过了”，怎么她一个人在城里流浪？她断断续续地讲述，我才知道，他爸病情加重，家里已无钱送他住院治疗，爸爸也拒绝治疗，在一个冬天的晚上，大叫一声，气绝身亡。妈妈勤快、诚实、厚道，找到两份工作，上午送报纸，下午送牛奶，一年的所得是6600元。这笔收入对于穷困乡村无疑是可观的，然而对于这个有病人的家庭又是微不足道的，还不够一次医疗费用啊。

母女三人不仅仅是生存，妈还要供姐姐读书。然而祸从天降，妈妈被一辆摩托车撞倒了，高位截瘫，永远不能下地走路了，姐姐休学打工去了，留下她照顾妈妈。

妈妈说城里人丢的垃圾有好多好多可以换钱，“我就来收捡这些能换钱的东西，早点治好妈妈的病。”她瞪大了眼睛注视着我，胆怯地问：“你不会赶我走吧！”

这次，我的眼眶真的噙不住涌出了泪珠。像她这样的年龄，在城里，多少孩子在爸妈怀里撒娇，在肯德基的餐馆里、在公园的绿茵场上享受童年的幸福啊！我真的希望天下多几个李嘉诚，多几个包玉刚，多几个邵逸夫……

真想自己一夜暴富……

7自杀：没法结束的悲剧

这是采访中我读到的一封令人心碎的信。

晨松、晨梅：我走了！

你们不要去找我。你们四处借钱要为我治病，我看到了你们的孝心，我满足了。钱，不要借了，这几年的积蓄是8000块钱，留给你们把房子整修一下。房子盖了3年，还要加1层顶。我问了医生，8000块钱花完了，也治不好我的病。治病吃药就是无底洞，我走了，这个洞就没有了，你们就可以无牵无挂地过日子了。晨松还是想办法到城里去打工，边赚钱边读点书，学点技术，没有文化知识就是留在家种田也发展不了。晨梅一定要找个健康人家，健康不得病比什么有钱的家产都值钱。

你阿公阿奶会为我担心着急，惦着我，你们就说我到南方打工去了，对两个老人打击不要太大。我真不知怎样向你母亲交代，她嫁给我苦了一辈子，我再不走，更是拖累她。我走了，她就无牵无挂了。晨松要是赚了点钱，让你妈妈享几年福。我在九泉之下也闭目安心了。每年清明节，你们就到河边叫几声，我会听见的，我会保佑你们平平安安过日子的。……

患了“绝症”就想到自杀，这不是我采访中遇到的第一个，也不会是最后一个。只不过这位老农多读了几年书（初中毕业），能写出一封信，更多的是农村妇女，她们不愿拖累丈夫、子女，毫不犹豫地走出这一步。没给亲人留下一句话语，她们不善于表达，也无须表达，她们用结束生命表达了对亲人的最深沉的爱。她们不热爱生命？不热爱生活？不对未来充满向往憧憬？她如果嫁给了有钱的人家，她如果是百万富翁的女儿？她们会选择这样的方式结束生命吗？会怎样默默地、默默地消逝在亲人的视野里呢？

如果说，患了“绝症”用结束生命来表达爱算是一种方式，那么像下面向我诉说的自杀该是表达什么样的情感呢？

——我希望心中的往事发霉、烂掉。我又希望我的后辈知道我们家走过的艰苦和父母姐弟之间的骨肉之爱。

爱是可以改变一切的。

我家在山区。山多地少，土地贫瘠。冬天一家人共穿一条裤子不是笑话。冬天，全家人偎在床上，靠薄的棉被取暖。谁出门办事，谁穿那条夹裤。我铁了心要走出山区，20世纪80年代，要想离开农村只有一条路：读书考大学。为了让我读完小学，姐念完初小就帮爸放牛。初中毕业我考取了县中，爸拿着录取通知书和收费单说：“孩子，你去吧！我进城打工，累死累活也要让你读书，读下去！”

冬天，爸工地放假了，带回了一叠人民币，新学年的学费有了，爸还为我和姐带回了一套新衣。那年冬天，我们一家感到分外暖和，妈给爸买了一瓶酒，那是一次我和姐从没有感受过的愉快的、祥和的年夜饭。

天有不测风云。爸只干了两年就摔断了腿，老板只支付了医药费，往后的日子怎么过？老板不闻不问，托人把摔断了双腿的爸送回了家。

原已生气勃勃的家一下子又跌进了冰窟窿，每个人透心地凉。我没有丝毫犹豫，决定退学，我是男子汉，我要撑起这个家。那夜，姐没睡，把我叫到屋外的树下，那夜如水的月光清亮、温柔极了，月牙儿又美又亮。我望着阿姐秀丽的脸庞，阿姐的一双眼睛就像这月牙儿一样美丽温柔，一样明亮清沏。晚风轻轻地摇动着树梢，繁茂交错的树叶像筛子，滤过的月光点点片片落在我的黑布衣上，姐说："姐进城去挣钱，给爸治病，助你上学。有姐在，你就能读完中学，读完大学，就像这月光，只要不起风下雨，总会发光。"

新春正月初五，姐就离开了家，妈搀扶着夹着拐杖的爸，双双站在家门的树下，直到姐消失在远方的山麓下。爸成了家庭妇男，养猪，做饭，妈下田干活。一年后，我以全县第一名的成绩考取了大学。我上大学的那天，姐特地请假回来送我。上车前，她悄悄地塞了一叠钱给我说："弟，这是你的零花钱，进了城里，进了大学，再不能像在山里。姐每月还会给你寄钱的。"姐已给足了学费、旅差费，她从哪里又省下这些，我心里一热，紧紧握住姐姐的手，一切要说的话都埋在心里。几年后就会长成大树，长成一棵绿色的大树，为爸妈遮风撑雨，让姐在树下歇息。到校我点了那叠钱，是666元钱，是姐姐的祝福啊！姐在餐馆里做服务员，月收入只有三四百，还要给爸妈寄钱，姐省哪！

大学后的第一个寒假，我回了趟家。把自己在学校的见闻、欢乐与父母、阿姐一起分享。这年春节是阿爸病后最快乐的一个春节，这一点一滴快乐都是阿姐用自己的汗水换来的！一连两个假期我都没有回家，在城里干活，做家教，扫厕所，为自己挣学费。我不能拖累姐。我不知家中的破屋又遇上了连夜雨。

大二时妈病了，家里人怕影响我读书，瞒着我。姐觉得告诉我没有什么益处，既不能出钱，又不能出力，还分散精力。一点小病乡下人是不会上医院的，何况妈患的是妇科病，她相信土郎中，相信吃几包草药会好。草药一吃就是半年，病情越来越重，这才到县医院去诊治。这一去，爸妈吓了一跳，患的是癌症，而且是快进入晚期了。要转到省城大医院去治，妈不想去，还是爸告诉了姐。姐借了1000块钱，陪妈去了省妇幼保健院。入院的押金要3000元。妈和姐不得不回去筹钱。说是回家筹钱，家中哪有钱筹，只有等姐去借。住进了院，医生说要先做化疗，再做手术，整个疗程要1.5万块，天哪，妈当时就吓蒙了。我们山里人哪听说过治病要1万块钱。你算算，我们人均年收入不到4位数，这得要多少年呀！姐决定再借。姐每月的工资还不够还利息呀，这沉重的债务日后怎么还！爸急，妈更急，趁姐借钱离院时，妈办了出院手续，她拒绝

治疗，回到家乡。一件意想不到的事如晴天霹雳响在我家上空。村委会主任带来一名警察，调查我姐，说姐被拘留了，怀疑她参与卖淫。这雷声太大了，父母的精神彻底崩溃了，村里人将会用什么样的目光审视我们家，父母将有什么样的脸面在这儿生活下去。妈说，这一切都是她惹的祸，由她来了结吧！

在一个清晨，太阳升起的时候，妈选择跳崖，自杀了。崖很深，很深，很陡，很陡，我们根本无法下去寻找她。我想我妈的选择是经过深思熟虑的。活着她不愿麻烦子女，死后也不麻烦我们。我赶回家中，朝崖下拜了几拜，朝崖下放了几串鞭炮，我只能用这个词：欲哭无泪。我跪在崖前，面对高山与悬崖，仰望盘旋的苍鹰和停留的白云，我捶着自己的胸脯，我哭什么？我该说什么？我只有大声地喊叫。这时，姐来了，我听见了身后的抽泣，姐跪在我身边，不停地像祥林嫂样复述着一句话："妈，是我害了你，是我害了你。"

那又是一个月光如水的夜晚，我和姐坐在屋外的树下，我望着姐秀丽的脸庞，泪水在月光下闪闪烁烁，那目光像今夜月光一样朦朦胧胧。"姐是清白的。"姐说，"我为了让妈能住院、能治病，餐厅下班后，我又到歌舞厅，我没有陪睡，没有！没有！！姐是清白的，姐赚的钱也是干净的！姐的心就像月光一样洁白！"

"从今后我再不会用你的钱！"我说。我走了，第二天我就乘车返校了。我刚踏进校门，就接到一封加急电报："速回，姐去世。"姐留给我的是一张白纸上写的两行字：弟，我是清白的，我赚的钱也是清白的。债务我全部还清了，还有一张美元在我包里，你留着做个纪念吧！我到妈妈那儿去了！

我也只能用这个词：欲哭无泪。

患"绝症"后自杀的悲剧还在发生，求医买单演绎的悲情还在继续。

也许，我们不应该这样去思考：我们的一顿饭局、一次卡拉OK合农民一年多少收入？我们下笔开一张处方要农民支付出几头肥壮的猪？

也许，我们不应该这样去追问：居住在青山绿水，富有诗意的乡村的农民为什么总要承受那么重、那么多的疾病的冲击？

也许，我不应该这样要求自己：我们能给农村的父老乡亲想些什么？做些什么？

但有一条我们该明白，患病对农民意味着什么？求医埋单，那是一条风雨兼程的漫漫之路。他希望能快步走到尽头。他们希望有柄绿色的伞在他们头上撑起。

第二部分 求医：疾病猛于虎第13节 农民欠费：关爱遭遇尴尬(1)

看病是要付钱的，农民知道这个理，知道这个理就不来看病。遇到意外“扛”和“拖”就没用了。昂贵的住院支付不起，惟一的办法就是一走了之。

农民欠医药费：这不是哪个县、哪座城市、哪家医院的问题，这已是一个普遍的社会问题。

河北马河镇农民工老王高热，诊断是出血热，住进了北京地坛医院，住院治疗39天后痊愈，老王悄悄地跑了，留下了是5650元的欠费。

还是地坛医院，

进京打工的陕西农民工黄道福突患急性传染病，在地坛医院抢救了9天9夜。重新获得生命之后，他带着随身物品失去了踪影，留下8000元欠费。这都是2004年发生的事。

前几年在海淀医院医务科，我看到一堆留作抵押的证件，有身份证、驾驶证、工作证、学生证。从籍贯看，河南、山东、新疆。

医务科同志告诉我一件家属弃病人而逃的恼人的事。1999年深秋，北京儿童医院的医生们出了一次特殊的差。他们驱车几百里去河北定兴县，把一个两个月大的孩子送回他父母身边，因为孩子的父母为了不交治疗费，扔下孩子自己跑了。孩子患的是脑病，经过医院的治疗，孩子已经恢复正常，就在医院向家长第二次发出交费通知之后，孩子的父母自己跑了，把孩子留在医院。病房的医生护士在完成日常治疗工作但同时，不得不承担起养育的责任，生怕孩子出现问题。为了保证孩子安全回家，医院专门派了一名医生和一名护士护送，其中的辛苦和花销可想而知，儿童医院已经为此背了几十万元的欠款。有的遗弃的孩子已经三四岁了，懂事了，每天哭着喊妈妈，医护人员实在不忍心听下去。

北京这些医院的情况，只不过是一个小小的缩影。综观全国医院，此事知多少!上海、武汉、成都、重庆、哈尔滨，可以说，只要有医院的地方就有这类事发生。

面对危重病人，你能不救？你敢不救？过去是道德约束，现在是法律约束。1999年5月1日实施的《中华人民共和国执业医师法》第24条规定：对急危患者，医生应当采取紧急措施进行诊治，不得拒绝急救处理。

江医一附院急诊科有30多张观察床，急诊科主任黄亮教授告诉，欠费的大都是农民、农民工。农民以中毒、外伤、自杀类病种为多，农民工则大多数是意外伤害，偶有急腹症。有次郊区农村农药中毒，一下送来十几个人，时间就是生命，你这时还能问钱的事吗？如果是集体中毒，由单位付款，许多人就会赖着不走。如果是自己花钱，病情好转一点，人影子都不见了。外伤的农民工更可怜，无家属、无亲戚。如果老板在医院有几个熟人，还转弯抹角来叮嘱我们少用点药，少收点治疗费，只要不死，让他们赶快出院。我们尽心尽力了，病人获救了，治愈了，欠费了，按医院土政策，欠费的负担都落在医务人员身上。可以这么说，我们十二分地同情农民，当扣我们奖金时，我们又十二分地尴尬和无奈。

黄亮问："抢救后医药费由谁'埋单'？"《医师法》中没有规定。各医院却有这样的规定，所欠的费用一律由科室自行消化。这个四川来的老乡抢救花费了1万多元，按20%扣除该科奖金，也就是罚经管医生那组医务人员2000元。最后，这个川兄回家的路费还是全科赞助的。

一名护士说："我们献出了爱心，医院并没有减少对我们的罚款，谁爱我们呢？我们也要活命。"病人的欠款是无底深渊，稍不留神，这个医生这个科一年的劳动就白搭了。

这也就是医院、医生为什么怕接诊农民患者的缘由吧！

该院医务科李建林副科长讲述了几件事。

四川省达县亭止镇江阳乡两角村4组一个姓刘的农民来南昌打工，突然肚子痛。老板托人送到医院就诊。当夜确诊为急性阑尾炎，老板代他预交了1千元，进手术室开刀。拆线时，经管医生说，还欠几百元，请你交款，准备出院。当夜病人就不见了，这次欠费不多。

有时不仅是欠费，连病人都不要。南昌市昌东镇一个妇女因交通事故受伤，送到医院昏迷不醒。家属不问，肇事者本身就贫穷也无力过问，医院花去了费用4万元。当病情稳定后，把病人送回家，家属竟又送

回了医院，理由是：官司没打完。

欠得最多的一次是陕西省安康市一名叫陈卫发的农民。他来江西武宁县打工。由于工地事故，跳楼逃命，被电烧灼伤，多处骨折住院抢救。老板丢下了2万元走了。而花掉的费用是7万多元。找谁要？要病人出院，病人还不肯出院，医院只好打电话找到安康市政府办公室，那边回答是，你们可以转告他儿子。又打通了他儿子的电话，又和其所在乡政府通电话。乡政府回答，他们家很穷，很穷。52岁的人还离乡背井打工，不穷吗？总得要把老陈送回家吧，老呆在医院也不是个事。他会走吗？最后找到救助站，护送这名农民返家。所欠费用只好成一笔呆账，挂在那儿。

农民病人大都是意外伤害。如是救不活，家属或老板会弃人而走，如果能救活，痊愈，病人自己会席卷铺盖而走，欠费已超过了他们心理承受力。过多的欠费，即使一些农民倾家荡产也难还清。

2000年元宵节，一附院脑外科接诊了一个颅内出血的民工，开颅止血是惟一的抢救方法，两个人陪同而来。拿着住院证说，先抢救吧，我们交费去。CT、剃头，推进手术室。手术有序地进行着，凌晨术毕。当值班医生找家属时，门外无一人，住院卡也不见了，手术同意书上的签字谁也不认识是什么字。只到两天后病人清醒，才知病人是从四川来打工的，他还没有找到工作，就被骑摩托车的小伙子撞翻了。两人没有逃逸，送来医院。听说手术成功，肇事者还是跑了。病人醒来吃饭的钱都没有，护士长还得掏钱解决他一日三餐的问题。

在《医师法》公布之前，一时半会儿不会死的病人，一些医院和医生是不会收的。我曾在安远县中医院见过这样的事。有一天，来了一个病人，是小伙子。右手肿得厉害。挂号，写病历。医生说要拍片子，片子报告说：骨折。要复位，要打石膏，要预交50块钱。当时50块钱是大学生毕业后1个月的工资。病人把口袋都翻尽，总共只凑到3块钱。医生没多说：“回去搞钱吧！”骨折的小伙子走了。我不知他什么时候能搞到钱，若搞不到钱，那手会不会残疾？接诊的医生轻巧地说：你别白急，他们自己会找点草药熬熬，错了位，他们照样做事！大家都得活命！我还听说过，有个外伤病人十几里路赶来，没有钱住不进院，门诊止止血，打个绷带又被抬回去了。没钱的农民患了急症住不进院的情况，并非安远县才有，各县市都大量存在。一些退休的老医生回忆起来感叹不已：农民的命，唉……没得到及时的抢救整复，结果必然是或死亡或残疾。

过去，欠费可以打报告请主管部门补偿，也可以派人去乡下催账。后来补偿没有了，完全靠催账。

我催过两次账，第一次是20世纪70年代末的一个冬季，医院选择了冬闲的日子里，组织我们下乡去收回欠费。

我的任务是到赣州市湖边公社（现改湖边乡），按照病历上填写的地址，有的病人已经死了，有的患儿治病时五六岁，如今已是十多岁的大孩子，我们不得不挨家询问。下乡前医院都分配了任务，我的任务是2千到5千元。那次，我不仅没完成任务，所收的费用连路费都不够，我无法去完成这个任务，我的收费热情和力量被他的贫困彻底击败了，我落荒而逃。

湖边公社就位于赣州市郊，靠近105国道，从市区骑自行车40分可达，耕地1.6万亩，1983年人均收入为318元，20世纪70年代末是多少，我尚未查到确切数据。我是从市区骑自行车到湖边的，那时湖边乡仅一条乡级公路，与105国道垂直，到梨芫背、到石灰山，去其他的小村都靠步行。

第二部分 求医：疾病猛于虎第14节 农民欠费：关爱遭遇尴尬(2)

我先到涌泉村，在村口找到第一家，门微开着，我敲门。里面说："进来！"屋内光线很暗，窗户上都垂吊着几片麻袋，那是为了遮风。靠里间两个老人睡在床上，大概是年轻人的父母；一对年轻人也半躺在床上，被子盖着下半身。我走近看，床上没有棉絮，一张床单，下面是厚厚的稻草，青年人动一下发出吱吱嚓嚓的响声。这是冬天，他们没有穿棉裤，我看清了，是三四件中山装重叠穿在身上。我说明来意，说了病人的姓名，问他们认不认识。他们没有下床接待我，听完了我的叙述后，顿了片刻说："怕是难收得到，工分算下来，我们这家还只几十块钱，听说队里账上没有钱，工分多的拿不到现钱，用谷子顶账，工分少的连谷子都拿不到。"我不信。在我心中农村是"青山绿水"，是"稻花香里说丰年"，我希望他们领我去找，顺便挨家挨户问。他们说，讨账的事是不会去的，我们走后，村里人会指着他脊梁骨骂的。我反复解释，当初我们医院以治病救人为主，现在你们病好了，药费还是应该还，这不是干什么坏事。最后还是经济杠杆起了作用，我答应，他陪我，我给他1块钱（那时我的工资是53.5元）。他也有条件，他是指路指门，躲在远处。有他领路，少走了不少冤枉路，5户病人都找到了，从这5户出来，我再不敢，也没有胆量和家属提要钱的事了。穷，穷得出乎我的意料。如果不是为了挡风，他们家的门一年四季、一天24小时都可以让任何人出入，没有一样物品可以值得去偷去抢的。连起码的热水瓶都没有，没有一床好棉絮，没有一件像样的衣服。只有灶前的几个红薯，可以拿到市场上，卖几角钱。无法用语言去描述他们的贫穷，他们从哪儿挤出钱给我？太阳过午了，还要走20多里地才能回公社，我希望他帮我找家可以用餐的农户。他领我去了他的朋友家。这家门有口有辆载重自行车。那年代，这是稀罕玩意儿，我想小伙子不错，总算找到一家能吃饱饭的。我们在房门口坐着，农妇到厨房里炒菜，我好奇，也来到灶前。这位农妇动作麻利，取来一棵包心菜，洗净切好，点火，烧的是稻草和枝丫。锅红了，该放菜油了，只见她从灶前的墙上取下一块肉皮，在锅里擦了几擦就把菜倒进锅里，三下五除二，放水，煮，煮，熟了，起锅。虽然是白水煮白菜，我饿了，还是吃得很香。大概是同了路，吃了饭，付了劳务费，谈话多了，随便了，我才知道，陪我的小伙子和他老婆春夏秋冬一共就只有6条裤子，天冷不下地，捂在被子里，谁出门谁穿。没钱去做棉裤棉袄。赣南冬天时间不长，他们认为做棉裤棉袄是浪费。一年四季，他们壮劳力每天早晨都要进城挑担粪回村，四五点钟起

床，走十几里路，那时城里粪很贵，说是去挑，实际是偷是抢，夏天深更半夜就出村挑粪，一担粪一个工，合10个工分。每个工分是3到4分钱，能挑回一担粪就有3到4角钱。问题不是天天有粪，下地的工分少，一年下来，一家人200到300元的收入。那年代养猪养鸡养鸭统统是“资本主义的尾巴”，收入就只靠种田和挑粪。

走在返回城的路上，天黑了，往回望，烟囱里已冒出了火花，他们开始了晚餐，他们吃得早，睡得早，省点点灯的油。冬日黄昏下的小乡村很宁静很安谧，雾霭中闪着点点火花，很美，照一张相，不也可以题一首诗么？月光下小村睡着了。那夜，我死活睡不着，那5户欠费人家的破旧房屋，那病人呆滞的目光，那躲躲闪闪畏畏缩缩的女人，深深地、深深地嵌在我的记忆里，时间越久，沉淀越浓。他们经得起病吗？他们病了，城里人又会怎样接纳他们呢？回到医院，我甘愿接受批评，我宁愿检讨，我宁愿接受扣工资的处罚。

第二次下乡是送病人回家，顺带收账，是上世纪90年代末。如果说第一次收费加深了对农民欠费的理解，那么第二次却平添了对农民欠费的许多困惑。一位外伤的病人在我科住了3个月，伤口好了，留下了残疾：右腿拐、右手断，嘴不张。肇事者跑了，家属也不管。欠费达5位数。决定送他回家，病人得知后买了老鼠药，威胁我们说再催他出院就要服老鼠药。请来了保卫人员，科室同事凑了几百块钱送给他，才同意回家。医院派了车，病人家在山区，下午才到。听说他哥哥在村里有点威望，不穷，盖了楼房。

我想能不能向他说说欠费的事，顺便收收费呢？

哪知，才和他哥刚刚讲，就见不到人影了。片刻，来了一伙人，要砸车，不让病人下来，要我们把病人带回医院，围观的人越来越多，车的尾灯也砸坏了，手机也拨不通，无法和外界联系。一看形势不妙，只好叫司机开车逃跑。刚启动，车胎漏气了，原来他们在胎上钉了一枚钉子。

最后，由民政部出面，才安顿好这个病人。

一位院长这样对我说：“说心里话，我们最怕抢救病人，尤其是民警送来的无主病人。救死扶伤是光荣的、责无旁贷的，见死不救，于理于法都不容。而这类病人都是无亲人或是无经济收入，病人救过来了，钱谁付？有时，还要负责他们的生活，

我们这儿有家镇医院就只因为全力以赴抢救了几个民工，最后民工未付一分钱医疗费走了，医院连买药的钱都没有，职工工资也发不出。不救，院长医生统统违法，救治结果还是挨了批评，领导指责院长管理不严，管理出效益，管理出形象，没有加强管理让病人跑了嘛，你可以派人去追，去讨嘛！领导一张嘴，找谁讨？民工回家的路费都是找人资助的。”

目前，还没有足够的措施来解决欠费问题。广东省一家县医院因抢救一批爆竹烧伤病人，由于欠费过多，使这家医院濒于困境。医院要发展，要养活职工，所以圈子内流行这样一句话：“救死不扶伤”，医院在救死扶伤与生存发展的夹缝中生存。

面对无钱的危重病人，医院医生别无选择；面对厚厚一叠的欠费收据，医院医生也无法做出选择。欠费可以把一个小医院拖垮，可以制约一个大医院的发展。医院的欠费由谁埋单？医院医生也无法做出选择，

该怎样面对这些贫穷的农村患者呢？听说安远县有名护士长常自己先垫付，我决定采访她。20世纪70年代末，我在赣州市安远县工作了半年，安远县是座交通闭塞的小县城。改革后，开发了三百山，宣传了供香港同胞饮用水的源头东江发源地。就因三百山，安远开始有了点小名气。那时的安远县城不大，只有一条街，县中医院、县医院、县政府、文化馆都在这条街上。中医院在路中段，县医院在街尽头。逢三六九圩门诊还有百把人，圩过之后，冷清。说得好听一点是清静，说得丑一点是冷落。这次，在县医院手术室里，我见到了龚晓英，她已有20多年工龄，苗条身材，瓜子脸，很秀气。她的岗位很平凡，就在手术室和医生一起抢救病人。大多数病人是全麻，她的辛苦劳累病人是看不见，感受不到的。她说：手术室往往就是医院的上甘岭，抢救病人的生命往往就是那么一瞬间。在市场经济浪潮的冲击下，进了手术室就得支付钞票。而农民患了急症时，往往是没带分文，或仅仅凑了几个钱，根本不够。在手术室工作的她，也就往往要挺身而出，不仅是挑起抢救的重担，还挑起病人欠费的重担。

有一次，从孔田镇抬来一个叫钟仁娣的妇女，急腹症，术中要输血，病人没有钱，怎么办？她决定出面取血，账记在自己的名下，救人要紧。这是一件很小很小的事，却触发了她。像这样送进手术室进行抢救而又没有钱或钱不够的农民，她遇见的又何止钟仁娣一个人。往往医生在手术台上等病人凑钱取血，拿药。医生怕欠费，不得已而为之。她在手术台下，要指挥护士救病人，又要为无钱的病人跑血、跑药，她怕

误了抢救病人的时间。只要她当班，凡是钱不够的病人，她都勇于去挑这笔经济账。

“病人会还吗？”我问。

“大多数病人都会还，家境困难的，会拖几个月。不是他们有意拖，确实他们手头紧，拿不出来。”

“手术室应该成为救命的绿色通道，绝不能因为病人缺钱而误了病人的治疗。”她要求手术室每个护士都这样做：“要血取血，要药取药，就是扣我们的工资，也不能影响抢救。”她有这点权，她就用这点权。几十年来，她都是这样做的。手术后，没有钱、没有营养品的，她会掏钱为病人解决，没有亲人或不会护理的，她会主动伸出手去帮助，她自己并不富裕，她是农民的女儿，一名赣州卫校毕业的中专生，她也要养家口，相夫教子。只不过行走在金钱和人道之间时，她选择了人道。她是全国卫生系统先进工作者，是省市优秀护士。龚晓英乐于助人，乐于为农民服务，那是她品德的崇高。我在想，为什么总要让品德崇高的人们承担那么多呢？政府、医院、企业可不可以筹集一笔钱供这些贫困的农民周转呢？

一位医生笑了：“你傻想，如果是公家的钱，这些农民会还吗？”

果真？

病人并不知道，虽是国家办的医院，进入市场经济后，医院进入了“断奶期”。国家不仅不支付医院这笔医疗费用。一切办院的开支准包括在医务人员劳动的收入中，这就是医生所医治的病人留下的欠费要扣医生奖金的道理。病人一直认为总认为国家的医院国家会拨款，这也是病人会逃费的主要原因。

2003年9月12日，国家卫生部、财政部、农业部第11个部委召开贯彻落实农村医疗保险协调会。

然而，谁来为1亿多农民工办理医疗保险，仍然是一个巨大的问号。

黄亮主任，这位获江西省十佳“师德”的医学院教授建议，应该由政府设立专门基金，在医院遭遇欠费时适当予以补贴。还可以设置医疗急救基金，充分发动企事业单位、社会团体和个人自愿捐资，对无支付能力的急重病患者提供救助。国家应尽快地把农民工纳入国家的社会医疗

保障体系中。这不仅是解决医疗埋单、欠费埋单的好办法，更是实现社会公平、办好医院的好举措。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第15节 编织好三级卫生网谁埋单？(1)

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

——毛泽东

中国社会是不是安定，中国经济能不能发展，首先要看农村能不能发展，农民生活是否好起来。

——邓小平

第一节编织好三级卫生网谁埋单？

1面对“黑血”与“逃虫”，不能不多问几个为什么

一位领导曾深情地说：农村三级卫生服务网络是呵护农民生命健康的有效屏障。

一位卫生经济学家开玩笑地说：农村卫生经济长期投入不足，“非典”的突然袭击证明我们农村的卫生大网不仅是张而无力，而且是破损有漏。

可以提出三个问题：何谓农村三级卫生网？卫生网何时何故破损了？编织好三级卫生网谁埋单？

第一个问题有答案：2002年10月19日中发［2002］13号文件《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的规定》中第8条对网络的组织成分与整体功能做了详细的讲述：

政府举办的县级卫生机构是农村预防保健和医疗服务的业务指导中心，承担农村预防保健、基本医疗、基层转诊、急救以及基层卫生人员的培训及业务指导职责。乡（镇）卫生院要改进服务模式，深入农村社区、家庭、学校，提供预防保健和基本医疗服务，一般不得向医院模式发展。村卫生室承担承担卫生行政部门赋予的预防保健任务，提供常见伤、病的初级诊治。计划生育技术服务机构是农村卫生资源的组成部分。医疗卫生机构和计划生育技术服务机构要按照有关法律法规的规定，明确职能，发挥各自在农村卫生工作中的应有作用，实现优势互

补、资源共享。

县级卫生机构县医院、县中医院、防疫站、血防站、妇幼保健站、计划生育技术服务站等是网顶，乡镇级卫生院是网身，村卫生所是网底。

第二、第三个问题有必要进行探讨，记忆里有这样一次出诊。

刚欢度完千年之禧，正准备迎接传统春节。一个初冬的中午，刚下班，我就接到医务科要外出抢救的电话，地点是离市区还有百余里地的一家村办小煤窑。来不及进食堂，咬两口面包，揣一包牛奶我就和神经外科医生一起踏进了救护车。国道平坦，救护车像离弦之箭。一小时后，车速慢了，进入了坑坑洼洼的乡村公路，急刹车，一条河横在车前，要摆渡。河对面大概是船老大与司机发生了争执，渡船迟迟不得拢岸。时间就是生命的警句在这儿完全失去了作用。尽管心急如焚，也只有耐心地等!50分钟后过了河，又是坑坑洼洼的乡间公路，到了倒塌煤窑前已是夕阳西下、晚风袭人的时分了。受难者早已抬到路边黄泥地面上，躺在一张破旧的床单上，一个个躯体全被煤屑煤渣染黑，裹在身上的破衫既不遮体也不能保暖，鼓胀的肌肉裸露着，大都光着脚，脚丫里面尽是煤屑，穿着的鞋也只剩下一只，大脚趾露在破了的解放鞋的外面。周边没有一家诊所，更没有一家医院，自然也就没有一个医务人员。我奇怪为什么我们是第一个赶到现场的医生。没有时间去了解情况，抢上前去听诊。我还当听诊器没有放准，再听，依旧没有心跳！心内注射。气管切开。人工呼吸。鼻孔里也是煤屑。撬开嘴唇，除了牙齿还露出一点白色外，躯体的每一个部位多染得墨黑。一刀下去，气管上皮肤切口流出的血也是黑的，没有流动。这位小伙子可能是因窒息而死。第二个眼睑毛似乎有点颤动。放下黑血的年轻人，我迅速蹲到这个伤员身边，口角有血斑，又是黑血！乌黑乌黑的血斑，依旧没有心跳，依旧心内注射，依旧气管切开，依旧是没有流动的黑血，依旧静静地躺在那儿。

第三个嘴唇有血色，耳廓在流血，瞳孔已经放大，有颅脑外伤，这儿没有一丁点抢救的条件，不能久留，迅速搬上救护车!

第四个、第五个血与煤搀混在一起，红黑色泽分明。

又一个，嘴唇在蠕动，眼睑眨了几下，结膜苍白得吓人，鼻孔下几根稀疏的胡子在抖动着：“儿子，我的儿子刚刚他们还在动，还在动哩！

医生，请快去救我的儿子吧！”他叫着，挣扎着，想起身，血从他下唇口角处汩汩地流出来，把口角的煤屑都冲走了，显现出一条血沟，他可能有颌骨骨折。他儿子是谁？是第一个？还是第二个？我默默地伫立在尸体前，目光久久不愿离去。黑色，黑色的血。这是几个年轻生命凝固的颜色，他们告别人生确实太早，太早了。一串的哭声又强烈的冲击着我的耳膜。这些遇难的青年都是附近村里的农民，号啕的哭声已布满了夜空，山沟里和夜幕下闪烁着一点又一点的光亮，那是他们父母妻儿的目光吗？为什么没有看见晶莹的泪珠在落下，莫非泪水也是黑的么？突然，无数的问号从天际涌向我的脑海中。

市里的医生呢？县里的？乡里的呢？即使村医来几个也好啊。三级卫生网？？

村长说：“村医自己开业去了，是我打的电话，我已尽到了责任。”

乡长说：“乡卫生院没有救护车，再说技术力量也不行。”

县卫生局长说：“仅一辆救护车出诊了，只能请求省里。”

我茫然。

2年后，我回了趟武汉老家，遇见了朋友老晏，他是监利人。

1965年我与他在荆州地区参加社教工作团时相交、相识。我们都经历了当年“血防的人民战争”，都到过长江中击水，洪湖中捞鱼，夜半猎野鸭（那时还不违法），自然谈起了血吸虫病复发的事。那时，没有感受到血吸虫病像今天这样的严峻和咄咄逼人。或是我们当初年轻、无知，没能感受。

湖北省的疫情无论是从患病人数还是新增钉螺面积数都比湖南严峻，由于媒体对湖南报道得多，在国民心中，湖南似乎有被血吸虫围困之感。而湖北省的疫情在国人目光中反而淡化了。

湖北素称“千湖之省”，地处长江中游，江河纵横，湖泊众多。丰富的水资源和温暖潮湿的气候，使湖北成为我国主要的粮产区，也使湖北成为钉螺孳生的温床。1975年江陵县凤凰山168号古墓发掘的西汉男尸体内检出血吸虫虫卵，证实血吸虫病在湖北流行至少有2100多年的历史。在湖北省血防站，我读的第一篇资料是湖北血吸虫分布图。江汉平原的长江沿线、四湖水系和阳新的富河流域，是一大片触目惊心的红

色，这是血吸虫的重疫区。全省血吸虫历史流行区有10个市、58个县市区、527个乡镇、5652个行政村。现疫区人口952.7万，钉螺面积120.8万亩，慢性血吸虫病人29.5万人，其中晚期血吸虫病人4881人，血吸虫病牛1.08万头。在湖南、江西、安徽、江苏、湖北5省中，湖北除钉螺面积排在湖南之后外，慢性病人、人群感染率、“晚血”和血吸虫病牛4项指标均居第1位。其流行范围可用16个字表达：西起宜昌、东至黄梅、北顶谷城、南达通山。

还是在省血防站，我听到了他们讲述的近几年发生的几起惊心动魄的事。1989年，武汉市武昌区杨园街发生急性血吸虫病暴发流行，原因是这带居民因耐不住酷暑，下江泡水防暑，谁也不知这水中已有钉螺，一下子发生了急性感染。在查出的3045名血吸虫病患者中，急性感染的高达1604人。

2000年江陵县熊河镇边江村一对年轻夫妇因患血吸虫病已进入晚期，无钱治疗，双双死去。还是这个村，在2001年夏天，2组4岁的男孩程潭失足跌进门前的水塘里，染上了急性血吸虫病，1年后死亡，年仅5岁。这是湖北省近10年来发病年龄最小，死亡年龄最小的血吸虫病人。2004年夏天，湖北洪湖的大同湖农场和大沙湖农场50多人发生血吸虫急性感染，其中一例是11人下水修泵站，结果9人急性感染血吸虫，疫情惊动了国家卫生部和湖北省委。2004年夏天公安县毛家港镇一位同志拍过这样一张照片，每棵树上的钉螺密度高达2000多颗。观后令人毛骨悚然。这是因为暴雨造成垸内积水，成批的钉螺爬到农田周围的树上逃生的结果。湖北省的血吸虫病有4个指标在全国居第1位，江陵县熊河镇边江村曾经也创造了湖北血吸虫病的几个第一：晚期血吸虫病人患病率第一高，达17□78%，晚血病人死亡人数第一。全村晚血病人135人，从1991年到2000年，村里每年有至少2人死于血吸虫病。

在我落笔写书之时，老晏又来电话告知，2003年，湖北血吸虫病人增长了1%。荆州目前有螺面积29万多亩，1000多个行政村流行血吸虫病，病人已达7万余人，“晚血”病人约1000余人。我自然想起了那几个“逃虫”、“逃疫”的农民。我能不多问几个为什么吗？

2.一笔大账：算出了隐忧

在2002年10月19日中发［2002］13号文件里，开宗明义就指出做出决定的目的：总体上看，农村卫生工作仍比较薄弱，体制改革滞后，资金投入不足，卫生人才匮乏，基础设施落后，农村合作医疗面临很大

困难，一些地区传染病、地方病危害严重，农民因病致贫、返贫问题突出，必须引起各级党委和政府的高度重视。

阅读过去几年的数字，可以加深我们对这份文件的理解。

1980年政府对卫生费用支出比重是36.5%。1990年下降到25%，从1990年到1999年可以看出我国每年的卫生事业费都在大幅度增加投入，但卫生事业费占财政总支出的比例却在逐年下降。1990年卫生事业费占财政总支出的比例为2.79%，到1997年下降为2.45%，距“人人享有卫生保健”最低限标准的8%差距甚远。在1999年以前的历年用于卫生事业的总费用来看，其占GDP的比重在4%左右，距WHO“至少有5%的国民生产总值用于卫生事业”的最低限要求还有缺口。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第16节 编织好三级卫生网谁埋单？(2)

全国卫生总费用测算表

1991年1995年1997年1999年〖〗2000年

卫生总费用

(亿元)888.62257.83384.94178.64764.0

政府预算

(亿元)202.3383.1522.1640.9709.5

构成比(%)22.817.016.415.314.9

社会卫生筹资

(亿元)341.1739.7937.71064.61167.7构成比(%)38.432.727.725.524.5

居民卫生

支出(亿元)345.21135.01925.12473.12886.7

构成比(%)38.850.356.959.260.6

卫生总费用占

GDP(%)4.13.94.65.15.3

人均卫生总

费用(元)76.7186.4273.8331.9376.4

表中显示全国卫生总费用占国内生产总值(GDP)的比重，已由1991年的4.1%提高到2000年的5.3%。1996年起草、1997年初发布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中关于卫生投入的要求

是："到本世纪末，争取全社会卫生总费用占国内生产总值5%左右。"总量已实现了"决定"的要求。2001年我国卫生总费用占到GDP的5.37%，比世界卫生组织规定的最低水平还高出0.37个百分点。总量超出5000亿元。从这个角度看，卫生事业飞跃发展，与世界接轨指日可待。从另一个角度看，卫生筹资的结构发生了根本性变化，全国卫生总费用中政府预算支出的比重由1991年的22.8%下降为2000年的14.9%，到2002年下降到1.3%；居民个人卫生支出的比重由1991年的38.8%上升为2000年的60.6%，社会筹资占25%，而1990年结构正好相反，个人总负担37%，这种筹资格局的改变，一方面反映了卫生服务福利观念变更是经济改革和市场经济的产物，但提醒我们："医疗卫生服务中相当一部分属于社会公共产品，政府理应适当增加预算卫生支出，为全体民众提供基本的、公平的卫生服务。如果居民个人卫生支出增长过快，负担过重，必然影响卫生医疗服务的供需矛盾，包括由医疗费用负担过高而引发的医患矛盾。"

于是就有了发出了"病不起"的呼喊，医疗费昂贵，药费虚高把矛头指向医院和医生。而医生也呼叫："我们在代人受过，冤哉枉也。"

孰是孰非，不在本书讨论之列。我们关注的还有下一张表：

农村卫生总费用测算表单位：亿元1991年1995年1997年1999年〖〗2000年

农村卫生总费用299.7804.41270.41474.81527.8

政府支出37.666.881.594.2100.7

构成比（%）12.58.36.46.46.6

社会支出20.243.852.952.049.8

构成比（%）6.75.54.23.53.3

个人支出241.9693.81136.01328.51377.3

构成比（%）80.786.389.490.190.2农村卫生费用占全国卫生总费用（%）33.735.637.535.332.1

表中显示，在农村卫生总费用构成中，政府卫生支出的比重由1991

年的12.5%，下降为2000年的6.6%；同期农村居民个人卫生支出的比重有80.7%上升为90.2%（资料来源：《中国卫生年鉴》《卫生事业经费决算资料》）。

占全国人口2/3以上的农村居民的卫生费用，仅占全国卫生总费用的1/3左右。尤其是农村卫生费用中，政府卫生支出于社会卫生支出所占比重都很低，两者合计仅占10%左右，绝大部分卫生费用均由农民个人承担，农民个人卫生支出所占比重已高达90%以上。同时，农村卫生费用绝对值在逐年增加，但占全国卫生总费用的比例却在缩小。

以1998年为例，全国农村卫生费用为907.53亿元，占全国卫生费用3639.25亿元的24%，全国农村卫生费用中县、乡、村三级卫生机构分别占40.0%，39.2%和20.8%。这笔费用结构中，业务收入占88.70%，在县、乡、村分别占87.2%，85.2%，97.7%。村级卫生组织占比重最高，因为他们获得拨款最少。

国家卫生部的拨款（包括政府对卫生部的卫生机构拨款和企业对自办医院的拨款）平均占10.7%，其中政府对卫生部所属卫生机构＋＋拨款平均占9.7%，在县、乡、村三级分别占10□6%，13□6%，0□5%，乡村集体补助平均占0□6%，在乡、村两级分别占0□5%和1□8%，乡村集体补助主要来源于乡统筹和村提留。

农村税费改革后，乡统筹和村提留就会没有。

解剖一个省，或是解剖一个市，解剖一个县级医院或乡级医院，看看这些埋单的钱有多少，能办些什么事？怎样去办？

以江西省为例。江西省属中部地区，是农业省份。2/3是山区，2/3的人口在农村。现有11个设区市，99个县（市区）。江西省总面积16.69万平方公里，总人口4222.43万人，其中农业人口3206.51万人，占总人口的75.94%，农村住户年人均纯收入2458元。2001年国内生产总值2176亿元，财政收入200亿元，财政支出284亿元。在此之前，江西省经济水平和人均收入在东部地区排末位，在全国也是最落后的地区之一。顺便将江西省经济状况与邻省作一些比较：2002年江西省国内生产总产值是2465亿元，安徽是3521亿元，湖南是4340亿元，湖北是4987亿元；江苏省是江西的4.3倍，广东省是江西省的5倍。2003年江西省GDP是2830亿元，浙江是9200亿元，为3.3倍；江苏是12451亿元，是4.4倍；广东是13449亿元，是4.7倍。2003年苏州市一年财政收入是

409.9亿元，而江西是284.9亿元。2001年江西省卫生厅赵梅兰等8位同志对江西省9个县（市）及27个乡（镇）进行了农村公共卫生服务投入现状的调查，随机抽样的方法是按财政状况好、中、差，分别入样：安远、广丰、井冈山、吉安、安福、寻乌、铅山、会昌、上饶，被调查人口为390万，占全省人口9.26%；国内生产总值125亿元，占全省国内生产总值5.34%；财政收入11.36亿元，占全省财政收入5.88%；财政支出1544亿元，占全省财政支出5.44%；卫生事业费4294万元，占全省卫生事业费6.01%；防疫保健费595万元，占全省防疫保健费5.17%。9县（市）防疫站2001年财政经常性拨款仅有351万元。相当于这些单位人员经费的65.1%，总支出的33.2%，经费缺口达706万元。即使加上10万元财政专项拨款，缺口仍有696万元。这些缺口都要靠自己去创收弥补。

9县（市）妇保站（所）2001年财政经常性拨款和专项拨款合计是234万元，相当于这些单位人员经费的51.2%，总支出的18□9%，经费缺口达1006万元。按财政传统做法，全民所有制职工应保工资和部分补助工资，集体所有资金要补60%的工资。但实行按人员补助工资后，补助远远落后事业发展。

信丰县位于江西南部，总人口62.5万，面积2878平方公里。20世纪90年代初，卫生系统有在职职工780人，年人均工资3000元，财政拨款380万元，退休人员和职工工资得到较好的保障。2003年全县有职工1070人，年人均工资9000元，财政拨款不到100万元，职工和退休人员工资不能得到保障。公共卫生监督设备一直未能更新。一些单位连最基本的微机、通讯、交通、摄像取证及气相色谱仪等监督设备都不能保证。对一些突发事件，如中毒事件往往束手无策。尽管江西自称不东不西，毕竟他还是华东地区的后花园、供销站，占着京九线、长江黄金水道的优势，与西部地区相比较要好一点。

现行的卫生事业财政补助政策就全国而言，大体相近。山西省2001年卫生事业费支出8.6亿元，用于农村的为1.5亿元，占卫生事业费的17%。往北，2003年记者访问了辽宁省卫生厅基层卫生与妇幼保健处冯处长。他说近几年卫生投入比例下滑，卫生事业费用前几年占财政总支出的30%以上，而现在下降1.5%。财政的“总盘子”在扩大，而卫生投入在减少。黑龙江、吉林两省情况，不会比辽宁省强多少。2003年，安徽省卫生事业财政投入12.4亿，人均18.47元，卫生投入在全国处在倒数第3位。

一位主管文教卫生的省政府领导，在与我交谈时表达了这样一种心

态：一定要重视教育，因为有法看着，要依法办事。计划生育投资要到位，因为这是“国策”、“一票否决制”，不敢乱来。

谈到卫生事业的投资，只能“因地”“因时”制宜。何况医疗卫生已培养了市场，可以自己管饱自己。作为政府也有难处，工农业要发展，一点钱要用在刀刃上。经济不上去，中央、老百姓两头都有意见，都得挨屁股。小有小的难处，大有大的难处。像家庭主妇一样，有了钱谁不想去健美室、美容厅走走呢？没钱，穷啊！

至少我们可以知道这几点：(1)农村卫生费用比重下降。(2)政府对农村卫生事业拨款低，1998年农村卫生费用占政府拨款88□11亿元，占全国卫生事业费225亿元的39.2%，平均每一农村人口9.9元，比当年平均全国人均卫生事业费18.5元降低近半。(3)集体资金投入有限，实际上集体经济补助占农村卫生费用比重很低平均只有0.6%。(4)公共卫生经济不足，政府拨款的68%用于医疗，22.7%用于公共卫生。这就是越往基层防疫能力越低的原因之一。(5)是由于政府和集体资金投入不足，卫生机构要生存，只有靠业务收入、药品收入，“以药养医”、“以医养站”成了农村医院，经济来源的主要渠道。这种补偿机制必然加重农民患者的负担。(6)我国卫生事业费用主要来自地方财政。例如2001年全国卫生事业费546亿元，其中中央财政负担35.43亿元，占总额的6□5%；地方财政负担510.53亿元，占总额的93.5%。也就是说，卫生事业的发展尤其使农村卫生事业的发展主要由政府，特别是地方政府埋单。如果地方政府财政拮据，拨不出很多的钱，怎么办？

江西的两个数据让人深思：2001年江西省法定传染病发病率比2000年虽然下降了17.93%，但病死率却增加了53.75%。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第17节 网顶隐漏：都是成本核算惹的祸

2002年的5月1日上午7点，我从南昌乘汽车出发，经南樟高速公路转上105国道，3个半小时到了峡江县向东拐，又行驶了40分钟到达了目的地：永丰县。

我多次到过永丰县，该县属吉安市管辖，县城所在地恩江镇10万余人，地处江西腹地，交通闭塞，经济欠发达。像全国许多县城一样有县级医疗机构3家：县人民医院、县中医院、县妇幼保健院。3家医院各有特色，都在竞争中求生存。那天阳光灿烂，街头彩旗飘飘，人人脸上挂满了节日的笑容。我下车向县城医院走去。

县医院门诊部热闹非凡，大厅里挂着宣传栏，表明了今日出诊的各科专家，数了数，有10余个，来自广州的、上海的、南昌的。病人还真是高兴，1元的挂号费，可以咨询，可以接受检查，请来的专家又热情，又细心，我和病人一样的感受到了这份爱心。

县中医院与县医院相隔只有半里多路。走到那儿我看到了同样的情景，从省城请来的知名专家，有内科、骨科、儿科、眼科，病人熙熙攘攘，川流不息。专家要在这儿工作三四天，可以安排开刀，又可以安排检查，病人的脸上溢满了笑意，我和病人一样感受了这种便民的欢愉。

在我为爱心和欢愉鼓掌时，我还感受到竞争的痛苦和生存的危机，看到了院长们的无奈和医生们的苦恼。

两家医院的竞争源于数年前中医院罗院长的改革。中医院创办于1986年，其前身是佐龙乡卫生院。袁佐龙是大革命时期牺牲的烈士，老表为纪念他，以其名为乡名。当时医院受到中医政策的扶持，以中医中药为主。1991年后，财政拨款减少，仅靠卖药难以维持生存。当时全院220名职工，每年拨款16万元，以月薪500元计算，每月工资支出就得11万。罗院长年轻，思想解放，很快想到开设西医，为了使收入含金量高，中医院推出了大五官科(眼、耳、鼻、喉、口腔)，添置了6台口腔综合治疗椅，1台鼻腔纤维镜(OLYM-PUS)，又购置了1台CT，县中医院的年收入扶摇直上。这位罗院长还在县郊10里地的荒山开辟了一块面积280亩的中药基地，种植了杜仲、丹参、厚朴、黄梔子等10余种药材。医院越办越红火，罗院长被评为先进个人，该院也被国家卫生部、人事

部授予全国卫生先进集体，眼科医生宁财文还被评为江西省劳模。2000年医院年毛收入为939万，药品占总收入的59%。对于一所县中医院来说，药品收入比例算是偏低。中医院不是全天候而是全年候。一年365天，一天24小时，每个科每个医生都接诊病人。医生的收入并不高，医院里中专生多，基本工资就更低。收入虽少，但是工作的积极性却很高，骨科、颌面外科、眼科、耳鼻喉科、泌尿外科手术都积极开展。《健康报》还以《小卒扛大旗》为题报道了罗院长和他的同事们的事迹。县中医院的崛起无疑对县人民医院是一个巨大的冲击。

永丰县人民医院是老牌医院，它是和新中国同时诞生的。面对中医院的挑战，它不甘示弱，更不能落伍。两家医院开始了竞争。县卫生局和县政府原领导决定，县中医院购了CT后，县医院不再添置CT。县领导更换后，原决定失效，两家都有了CT，都有了胃镜，都有了彩超。你全天候、全年候，我也全天候、全年候。你请省内外专家，我也请省内外专家。自然是老百姓获利。永丰县城离省城远，老百姓又穷，得了病别说去北京，去广州、上海，就是动身到省城也不敢放脚。竞争后。中医院率先请来了广州眼科医院的眼科专家，上海瑞金的外科专家，省城的骨科、耳鼻喉科、颌面外科专家，县医院也请了北京同仁、广州中山、武汉协和的专家。病人在县城就可以享受专家的治疗，收费也不贵。这是解放50年来从未有过的新鲜事。2家医院赢得了社会效益和经济效益，2000年县医院总收入是1200万，2002年收入是2104.50万元。

竞争也有痛苦，就如空调、彩电的降价战一样。病源只那么多，县医院多了，中医院就少了；中医院多了，县医院就少了。药品价格是没办法动的，只有治疗价格由医院、科室掌握，双方出现了价格战，出现了病人可以讨价还价、价格面议的现象。如拔阻生牙在上海是几百元，省城是几十元，这里也许10元就可以完成治疗。中医院6台牙科椅子，7名医生，病人不少，年收入只能达到8000元~10000元。国家要提高治疗费，在穷区是很难实施的。贵了，病人不干。他们只能“薄利多销”，只要不亏，也得为病人去做。一位领导对我说：“贫困县的医生们是很苦的，真是很苦的。他们最大的快乐就是听到老表们夸他们是好医生，他们获得的还真正是这点精神奖励。”面对着小小的一块蛋糕谁都想分一点。县妇幼保健院业务收入只有260万，在职人员有86人，退休人员30人，拨款只有54万。他们也参加了竞争。竞争的人多了，蛋糕会大吗?各家医院都在为生存而竞争，只是方式不同。

滦平县是河北县的贫困县，总人口不足34万人，离承德市60公里，距北京不足180公里，交通十分便利，医疗条件也比较好。县级综合医院

滦平县医院、滦平县中医院，就发生过抢购ＣＴ之战，后经县政府干预，战火才告熄灭。其实，大多数县医院的院长们都有这样的想法：即使有点钱，院长们也不愿意把钱用到房屋的修建、绿化医院、改善环境上去。院长们的第一需要是想方设法赚点钱、存点钱、借点钱购买大型的设备、仪器，以期待更多更大的经济效益的回报。在许多病人和非医务人员心中，医院是吃着“皇粮”的，工资由国家发，日子还有什么不惬意？领导还有什么不好当？

早在20世纪８０年代，各医院已开始“断奶”或“逐步断奶”。永丰县人民医院在编人员８７人，实际上班人数３０７人，退休职工近６０人，经常性财政拨款６５.５万元，２００３年减到４０万元。退休职工工资福利以人平均６５０元计算，月需要发工资近４万元，一年总计４8万元。剩下职工的工资和福利只好靠自力更生了。县中医院在编职工165人，实际职工人数244人，离退休职工22人，上级年财政拨款17万元。不必细算，以最低工资算每月500元，还不算福利，一年就得用去13.2万元。这就是一座经济不发达的县城有两台CT的根本原因。农村医疗市场竞争的无序，仅仅只是导致医疗资源的浪费和假医的入侵及泛滥。

2004年4月底，我读到永丰县卫生局向县人大常委会就关于农村公共卫生的工作情况汇报的材料。2003年抗击“非典”和2004年预防“禽流感”的成绩就不复述，只抄录几点“困难与问题”：“根据有关政策要求，政府对卫生对于卫生事业的投入不得低于同级财政支出的8%，而我县的卫生事业经费投入占县财政拨款支出的3%。”“全县的卫生人员医疗设备资源80%集中在县城。”也就是20%的资源在为乡村的农民服务。我同时读到另一份材料是与永丰县相隔不远的革命老区吉安县的卫生经费投入情况。2003年吉安县全县财政23876万元，卫生经费占县财政支出的3.4%。两县均离8%相差甚远。我又看到了这样一个事实，不管缺口有多大，大多数基层卫生系统的各个单位各个岗位的职工都没有停止他们的工作，也就是说每个单位都“活着”。为什么能“活着”？方法是成本核算：将科室所有开支（工资、总务、物资、办公设备、房租、水电、各种医疗仪器损耗等等，包括一块肥皂、一个灯泡）统统折算成成本，各科室的总收入减去成本就是纯收入，再按不同比例提奖金。哪个科室创收多奖金就多。

命名五花八门，执行方式各异。目的只有一个：不能亏本。科主任追求的不仅仅是不亏本，而是要获奖金。

县级卫生机构这张一级网有两大块，一是医疗，二是预防保健。医

疗对象是病人，只要有病人就能生存、“活着”。医疗部门好办，是主导位置，病人是被动的；防疫部门难了，大都是福利的，免费的，成本核算难为他们了。他们工作的内容和范围有：食品卫生监督执法、环境卫生监督执法、生活饮用水卫生监督检测等纯公共卫生服务，还有四苗六病计划免疫接种、儿童系统保健、妇女生产保健等准公共卫生服务。

对他们的工作作一个简单的成本核算：（人力、物力、财力）每服务一天，纯公共卫生服务项目直接成本在141元左右；准公共卫生项目的直接成本在132元左右，如果加上30%的间接成本，每人每天从事公共卫生服务成本在172元左右。这些成本由谁负担？防疫服务机构已是一贫如洗、入不敷出，由服务对象负担？服务对象大多是农民。2001年农民平均每人每年医疗保健支出是72.42元，比2000年增加18.94元，增幅达14.08%，再加码农民承受得了吗？不加码，这些单位又生存得了吗？道德与责任、良心与现实，使这些领导不得不“另辟蹊径”，抽一些人改行从事医疗服务。如防疫站、血防站里设妇产科、牙科、皮肤科、中医科等创收。“以医养站”、“以药养站”的目的——还是要“活下去”，“防下去”。

2004年国家卫生部重申要求各级医院的收入不得与职工利益挂钩，各级医院在为生存创收的竞争中做到了吗？采访中，各级院长反问我：不挂钩医院的双效益能上去吗？

一名院长申辩说：不应叫挂钩，应叫成本核算，不核算医院吃亏，资源浪费，漏洞更大，越办越垮，最后倒霉的还是病人。

他举了几个例子，放射科一名技术员在没搞成本核算时，设备经常坏，要检修。远道来的农民，经常推迟几天拍照片，倒霉的是医院，是病人。人事制度没改革想解聘他也不行。何况有些护士小姐和技术员不是七大姨八大婶就是小叔子小舅子。谁愿意惹他们。有人反映，为了偷懒停工，甚至有意拆掉医疗设备机器的零件，一时又找不到他们破坏的证据。他们反而说采购的是“水货”，厂家质量有问题。成本核算后机器没坏过一次。有次线路坏了，医院的维修工正忙别的事，他找自己的朋友来修。远道来照片的农民立等可取。眼前这帮人的素质只能用成本核算去对付。大道理能对付得了他们吗？核算前护士可以把纱布拿回家做衬布窗帘、桌布。有了成本核算人人都成了监督员。早在20世纪末，在老百姓反对医院乱收费指责声中，在众多媒体的分析评论中，大家都认定乱收费的原因来源于成本核算。强烈呼吁整治乱收费要从成本核算着手。其实，成本核算并非卫生系统首创，工农商各企业早就使用得热火

朝天了。铁路交通、出版诸行业先行了好几步。

20世纪80年代末政府提出逐步对医疗服务系统逐渐“断奶”，医院内部也想搞活，与国内市场经济接轨，改变医护人员干与不干一个样得局面，决定引进成本核算这一办法。引进初衷在于调动医务人员积极性，减少医院浪费，器械和设备的闲置。

谁都不否认，方法实行之初，调动了广大医务人员的积极性，解决了城乡百姓看病难的问题，尤其是手术难的颈瓶一下得到松解，随着资金获取欲望的增高，成本核算的并发症越来越显现清晰。

最严重的并发症自然是加重病人的负担；大处方满天下，昂贵的检查，灾难般地落在病人的身上，负担不起也罢，病情不需要也罢，统统要病人承担起来——病人的治病周期在成本核算中缩短了，这是好的一面；但负担却加重了，这是坏的一面。

在2003年及再往前的数年中，《卫生经济研究》《中国卫生经济》《中国医院管理》《中国医院》等诸多杂志中都讨论并提倡成本核算。2004年第2期的《卫生经济研究》中就有一篇谈成本核算的文章。文章指出：开展成本核算是加强成本控制的前提，是医院经济管理的中心环节。也是医院走优质、高效、低耗的可持续发展道路的必要选择。文中有段特别提出：科室成本和医院现金流量的关系。这种关系是：无论哪种核算方式，大部分是以科室结余作为奖惩的最终依据。科室该怎样获得这个“结余”呢？说白了“结余”里是不是宰了病人？是不是病人的额外负担？是打医生的屁股？还是打院长的屁股？

面对卫生部的三令五申，院长们表示坚决执行；

面对职工奖勤罚懒要取消成本核算院长们有点无可奈何；

面对医院的生存——职工的工资、福利，医院的发展，院长们呼吁尽快认定医疗服务的性质和价值。

一位医学经济学家说，既然把医疗服务推向市场，医院就应理直气壮地搞核算，不计成本，何以养医？何以发展医院？成本核算无罪，成本核算不违背伦理，成本核算不能寿终正寝。只要有医疗市场存在，成本核算就可以存在。大处方、贵检查、乱收费要德法并治，那是管理和综合治理问题，罪不在成本核算。

迄今，一些院长们似乎仍不太明白，医疗服务到底是福利还是盈利？基层农村医院为什么也会进入断奶前期——他们靠什么生存和发展呢？成本核算——卫生事业的改革结果，医院活了，医生向钱看了；药费高了——权力不在医院和医生手中；社会保障，医疗保障制度不健全，覆盖率不高，农村几乎是空的——病不起呼声自然与日俱增。两个方面都需要钱：县、乡、村医院的生存和发展需要钱；钱从哪里来？羊毛出在羊身上，政府在断奶呀！农民患者的负担自然增加了。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第18节 乡镇卫生院如何维持运行(1)

1．解读数字:“小米加步枪”

20世纪80年代初，我国乡镇卫生院的发展是向上的、充满生机的，乡镇卫生院承上启下起着举足轻重的作用。我国乡镇卫生院大都设有住院部，一些中心卫生院的技术力量在个别专科上甚至比县医院略胜一筹。农民患者在这儿就医机会特别多。这是第二张网，是在织还是在补呢？到了80年代末乡镇卫生院开始下滑。湖北省卫生厅基层卫生与妇幼保健有份材料表明，据1998年统计，湖北省有乡镇卫生院1269所、卫生所28974个，卫生院业务量由1989年的5043.7万下降到1998年年的3639.7万，住院人数由1989年的108万下降到1998年的60万，1998年乡镇卫生院病床使用率只有19.33%（实际可能更低），一个医生1天只能看两三个病人，一些卫生院1年不足10台手术。

2000年江西省卫生厅统计江西省乡镇卫生院有职工246171人，有病床21966张，其中在职职工237223人。2000年病床使用率为36.7%，病床周转次数为46.2，平均住院时间2.6天。也就是说有13900张病床闲置，按照病床与人员1：1计算，就医疗而言，相当于每年有13900人长年守着空床转，37%在职职工无事可做。

其次就诊人次由1990年的3095万人下降到2000年的2071万人，下降了33%，日诊病人次由1990年2.6人下降到2000年的1.52人。还是江西省卫生厅的统计数字：乡镇卫生院还有40多万平方米的危房，21%乡（镇）卫生院不能开展“三大常规”检查（大小便、血常规），23.70%不能开展平产接生，34%没有X光机，部分乡镇卫生院仍靠“老三件”开展工作。在江西省卫生厅李利副厅长2000年《乡镇卫生院管理体制与运行机制研究》的报告里，我读到这样一段文字：根据1992年国家卫生部制定的《乡镇卫生院建设标准》，我们分析了乡镇卫生院39种医疗设备：产程监护仪仅有5%乡镇卫生院拥有人工呼吸机、洗胃机、吸痰器、气管切开包、静脉切开包等急救设备，装备率在7%～25%之间，胎头吸引器、人流吸引器、妇科检查床、新生儿体重计算计等产科、儿科必需设备均在50%以上；虽然X光机、B超、高压清毒器装备都在70%以上，但十分陈旧，分别有41%、35%、57%不能正常运转。不少乡镇卫生院主要靠听诊器、血压计和体温表等老三件诊断疾病。可见乡镇卫生院的医疗设

备简陋，急救、产科基本设备缺乏。

看到这里，我想起了“小米加步枪”这5个字。乡镇卫生院的医生将如何面对要抢救死的病人？将如何接诊难产的产妇？他们是巧妇，巧妇难为无米之炊；他们是孔夫子，孔夫子无笔无纸难写文章。他们守着的是时间，失去的是青春；他们留着的是道德，丢掉的是责任。

赵梅兰对江西9县市乡镇卫生院经费投入调查报告中写道：乡镇卫生院财政更显拮据；9个县市285个乡镇卫生院财政拨款为1501万元（包括专项拨款107万元），相当于人员经费的37□4%，光人员经费一项就差2509万元。与卫生院总支出相比，相差7184万元，如果要保证离退休人员费用465万元的百分之百发放，缺口更大。事实上一些乡镇卫生院的退休人员工资并没有得到百分之百的保证。有一份调查表明，江西省全省乡镇卫生院2000年拖欠退休工资情况，能按时足额发放退休人员工资的占67%，实际发放退休工资占发放退休工资的86%，拖欠金额达918万元。

到2000年底，江西省各乡镇政府历年累计欠拨乡镇卫生院差补计划生育手术等费用近7亿元。江西省上高县泗溪镇政府1999—2001年共欠镇中心卫生院46.12万元，其中补差35.77万元，占77.56%；计划生育4项手术费9.36万元，占20□3%；车祸医药费（当时镇政府担得）0.99万元，占2.14%。很清楚，在江西省财政对乡镇卫生院的差补远未到1997年《中共江西省委江西政府关于〈中共中央国务院关于卫生改革和发展的决定〉的实施意义》规定到2000年，乡镇卫生院人员工资补助比例逐步达到70%的要求。2000年江西省全省乡镇卫生院总收入（含财政补助）为7.92亿元，总支出9.86亿元，亏损1.36亿元。乡镇卫生院的业务收入大致是：药品占55%，医疗收入占29%（含产科收入仅占总收入的2%），疫苗收入占3%，其他收入13%。

要说明两点：(1)注射乙肝疫苗本应是免费的，由于政府投入少，不得不允许在防疫工作中收取少量的劳务费。本该有政府负担的疫苗接种费用，却占了收入的3%；(2)由于农民住院分娩率低，习惯在家生孩子，产科收入竟低于疫苗接种费，我们不能不关注农村孕妇围产期。这是后话。

福建省是江西省的东邻。以武夷山为界，过山往东，三明市的龙溪县现有乡镇卫生院15所。2001年全县乡镇卫生院总收入为1089.98万元，其中财政拨款193.12万元，业务经费收入799.18万元，这其中药品

收入439397万元，占55%；医疗收入359321万元，占45%；总支出1116.02万元，工资为350.15万元，社会保险费124.70万元，购药费用380.61万元，其他支出260.56万元，亏损26万元。全县乡镇卫生院累计欠债已达656.32万元。经费不足、设备简陋必然导致人才流失，乡镇卫生院副院长以上职务46人，其中大专6人，中专12人，初中文化以下的竟有28人，占总人数的60.9%。

湖北省是江西省的北邻。以南漳县为例。南漳县地处襄樊市西南部，1/3为丘陵，2/3为山区，农村人均收入2044元（2002年），人口57.7万，其中农业人口51.7万，经济状况薄弱。全县有21个乡镇卫生院，共有职工1083人，开设病床438张。这21个卫生院可以分为4类：(1)处于缓慢发展状态，占5个，占全县卫生院总数的23.81%，其卫生院业务年人均收入2万元左右，职工月收入500元～800元之间。职工相对稳定，尚可正常运转，预防保健工作也可以落实。(2)处于滑坡与困难阶段的有6所，占总数的28□57%，年人均业务收入为1万元，职工月收入200元～600元。职工上班全凭敬业和责任心了。(3)处于关门倒闭状态的有6个，占总数的28.57%。因经营管理不善，或因负债过重、服务范围较小、人才严重流失已在关门，无人上班，防保工作不能落实。(4)还有4所原已倒闭，现又重新开张。能开张的主要原因是：重新组合，选出新领导。究其原因：投入不足。南漳县财政对卫生实际投入仅占应投入的1/5～1/10。不足给离退休人员发工资。税改费前这儿还有个奇怪的现象，有的乡镇政府划给卫生院一个村规定，如果卫生院把此村的各项费用（如“三提五统”）收上后，即作为政府对卫生院的投入经费；如果收不上，财政拨款就等于没有。卫生院的一部分人员奔走于村间收费，哪有心思去看病，去搞预防。当问到乡镇政府为什么要这样做，他们伸出双手，满脸无奈：“我们到哪儿找钱去给他们？自力更生吧！”由于没有钱，自然难以维系。南漳县几乎所有卫生院设备都十分简陋落后，拥有300MA旧X光机的卫生院只有两家，大部分是20世纪70年代配置的50MA和200MA旧X光机。

2□被推来推去的“臭鱼干”

谁都知道，乡镇卫生院是农村三级卫生网的中枢环节，是一把巨柄。其重要性，在理论上谁都认可。领导的每一次报告、每一篇文章都这样说，认真地谈起卫生院的归宿上上下下都成了包袱，在乡镇卫生院的分属管理上，他们经历了几次上上下下的颠簸。别说物质上的损耗，仅心理上的创伤就难以抚平。一位乡镇卫生院院长说：“我们长期以来被视为是‘包袱’。想想当年，一些地方将乡镇卫生院的管理权由县下放到乡

镇，原因是县财政对乡镇卫生院的‘吃饭’和建设不堪重负，要乡镇政府分担。乡镇政府是下属，只好低头认养，其实心里在骂：‘他妈的，你仗权甩包袱。’”乡镇卫生院下放到乡镇管理后，县对乡镇卫生院的支持和管理力度削弱了，违背了行业管理的规律，以致使不少乡镇卫生院陷入困境，举步维艰。于是又要把乡镇卫生院上划县管理了，乡镇府高兴得不用说，我们可以甩包袱了。由县甩给乡里，现又由乡镇甩给县里。把乡镇当成“包袱”，让人辛酸和无奈。认真分析，也不无几分道理。眼下，很多乡镇卫生院是“能干活的人少，要吃饭的人多，忙于赚钱的事多，防疫医疗的事少”。有一些地方听到乡镇卫生院上划县管理的风声后，突击向卫生院“塞人”，以致卫生院人满为患。近几年来，卫生院就在推来推去中生存。业务萎缩，闲人增多，负债经营，资不抵债，卫生院失去了生机和活力，在萎缩，在消失。

截至2002年底，全国农村平均每15个村才拥有1个乡镇卫生院，每千人拥有的病床数仅为0.79张，每千人拥有的卫生技术人员为1.3人。

对乡镇卫生院应有这样几点共识：

（1）政府对农村公共卫生领域的投入严重不足。

（2）乡镇医务人员生活无保障，农村公共卫生服务实际上被盈利性经营所取代。

（3）乡镇卫生院资源短缺，设备简陋，人员不足，无法充分发挥公共卫生服务功能。

（4）乡村资金投入少，医疗设备少，技术人员少，服务水平低，1/3处于瘫痪状态。

就全国而言，乡镇卫生院恐怕都有这样的特点。例如辽宁省乡镇卫生院到2001年累计亏损7329万元，当年亏损就达1607万元。一位多年在乡镇卫生院工作的院长开玩笑地说：“我们的网底基本破裂，网眼陈旧过大，修修补补又没有钱，左干右干又受到政策限制，鱼（疫）岂有不漏之理？”

这些长年工作在基层的医务工作者面对现实，他们的心情是沉重的、忧虑的、痛苦的。他们希望尽快改变现状，出路何在？没有了这个环节，防疫工作将如何布置下去？防疫工作将如何完成？

2004年春，我走进了永丰县卫生局，找到了刘勇副局长。看上去他还是个小伙子，壮实、健美，说起话来铿锵有力。说到乡镇卫生院，他一声长嘘，几声叹息：

乡卫生院的医生就更苦，更辛苦了。卫生事业拨款只是人头费的20%。一年的拨款大概只够乡卫生院的1/3人的工资。剩下的人员靠什么生存呢?院长只得让他们“承包”，所谓“承包”实际是“各自为医”、“一人一杆枪”，“各自打天下”。我们这儿有所乡卫生院编制为１０人，工资只够支付４人，剩下６人互相组合，挂牌行医。与其说是行医不如说是卖药，这6个人中有司药，有护士，还有会计。会计能看什么病？我们去检查他们就关门，我们走了，他们照常“卖药”、“打针”。可怕的是几乎全家都成了医务人员。有次我见过这名会计的女儿竟也操针作肌肉注射。他们乱用药，抗生素是千军万马。小孩发热就上激素。老表不管什么病，只信哪个菩萨灵。万炮齐轰的结果，病是好得快，留下的后遗症很多，却博得了老表的信任。你勒令他停诊，前脚走，后脚就有病人找上门。没出事的话，《医师法》对于他们的作用为零，我们总不能坐在这里封门。他们只要有一个听诊器、一支体温表、一纸盒子药就可以行医。打针的注射器用饭盒子煮了消毒，血源性疾病也许就这样传开来。封不死，关不住，罚不尽，只要乡村有病人就会有他们的身影，就有相信他们的老百姓。

一些乡村卫生院很少有病人，有的卫生院别说一天，甚至一周都难得有一个病人上门。“承包”的个体医生可以走乡串户，可以降低药价，他们的进药渠道很乱，甚至有过期的药，他们用自己的“灵活”挤垮了乡卫生院。重病、疾病，老表会送到县医院，小病、慢病找个体。乡医院最后只是几个守门的人。我们也去查过贩药的。他们“三证”齐全，很难找出破绽。还有些个体，与我们捉迷藏，像“超生游击队”那样。我们去了，老百姓会说：“鬼子进村了。”他们关门一走了之。我们走了他们开门，热闹非凡。乡卫生院何去何从是值得探讨的一个问题。如果全部私有化，由于这些人素质偏低，完全是以盈利为目的，很难保证正常的医疗质量，和他们讲医德是很难实现这一目的的。讲法当然可能抑制他们的一些错误，甚至是违法的医疗活动，他们分散偏远，执法者的触角有很难达到那儿，操作起来很难。只当出现意外，法律才在他们身上生效，在平时还真有点鞭长莫及。不私有，卫生院靠国家财力怎么养？许多医生都不愿在基层工作。事实上，每个乡卫生院都配备了产床。医生没有积极性，病人又不找上门。接生工作都被私人医生做了。乡卫生院医生每天的工作是扫地、弄饭、打牌。面对他们的诉苦，真感到束手无

策。有些医生也想做点事，没有经济基础，也难。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第19节 乡镇卫生院如何维持运行(2)

在远离县城60里地外的乡卫生院看到的却是另一番景象，候诊室放着1张牌桌，4杯茶，冒着热气，吆三喝四。一问，才知是一些医生们在陪院长打牌。他们没一点儿自责感。他们反问我：不打牌，做什么？院长的回答更让人莫名其妙："他们不去开业行医，在这儿陪我守卫生院，算是对得起老百姓，对得起良心。那些个体医生是在骗钱，是在坑人，是在昧着良心！你们不知道也没有体会，在基层当医生难哪！"

如何理顺管理关系？如何对乡镇卫生院产权制进行改革？或承包？或租赁？或拍卖？或实行内部股份制、集体所有制？或加大投资力度？这些问号沉浮在多少人的心间。

华山一条路就是改革，怎么改革?怎样才能摆脱来自经济和市场上的巨大压力，换取生存空间呢?靠改革？靠技术？靠医务人员自身的努力?

告别刘副局长时下起了雨，虽然身上淋得湿漉漉的，空气却那么清新，树叶是那么翠绿，我踏着细雨染绿的小草，在山路上走着，走着。路两边是高高的杨树，梯田里是吐绿的秧苗，我突然想起郭小川的《乡村大道》一诗中的两句："哦，乡村大道，我爱你的明亮和丰沃，也不能不爱你的坎坎坷坷，曲曲折折；不经过这样的山山水水，黄金的世界怎么开拓！"卫生改革还只开始，未来的开拓还靠我们每一个人，包括这位年轻的刘副局长。

3乡镇卫生院的出路在哪？

2004年5月18日，这是个吉利的数字，是个好日子。这一天"帮扶乡镇卫生院爱心工程"在北京人民大会堂隆重启动。全国人大常委会副委员长韩启德出席仪式并剪彩，中纪委驻国家卫生部纪检组组长张凤楼将"帮扶乡镇卫生院爱心工程"旗帜授予北京市卫生局副局长梁万年。

西部山区卫生院内科大夫无心电图机率高达85.7%，无X线机率为51.4%；外科大夫无手术床率为55.6%；妇产科大夫无产床率为18.8%。在列举了这样一组数据后，韩启德副委员长动情地说："'巧妇难为无米之炊'，农村卫生机构基础设施如此缺乏，医疗水平怎么能够上去呢？这样的医疗条件使得某些传染病、地方病在农村的发病率还很高，

严重地危害着农民的身心健康。”

提高农村卫生水平，加强农村卫生工作，增强农村医疗卫生服务能力，让农民摆脱疾病困扰，甩开膀子奔小康，是全社会共同的责任，这不仅是一个经济和社会问题，也是一个政治问题。“帮扶乡镇卫生院爱心工程”用实际行动来支持帮助全国乡镇卫生院，具有重要的意义。

乡镇卫生院不仅仅是要生存，而是要很好地运行。帮扶是输血，靠输血能长期地优质地为农民服务吗？

乡镇卫生院如何办？在五六年前已开始了热烈的讨论，一些改革者们已先行了一步。

江苏省宿迁县在卫生界很有名气，名气来源于拍卖全市的乡镇卫生院。宿迁市辖3县2区：沭阳县、泗阳县、泗洪县、宿城区、宿豫区。面积8500多平方公里，现有人口518万，是江苏省社会经济改革综合试点。

至1999年底，宿迁市515万人拥有卫生资产仅为4.95亿元，卫技人员总数为8332人，人均卫生资产和千人口拥有卫技人员处在江苏省最后一位，低于全国平均水平。

2002年和2003年全市财政收入分别为14亿元和16.8亿元，分别占全省财政收入的1％和0.88％，政府财政无力给卫生事业更多投入，医疗条件无法改善。1999年全市医疗领域的资产为4□54亿元，占总资产的92％，防保领域资产为0.41亿元，占8％，完全不符合预防为主的方针。这证明了政府投入不足，在生存压力下，向钱看，重医轻防。2000年全市124家乡镇卫生院总资产17058.6万元，总负债8316.7万元，资产负债率48.8％，床位利用率20％，非卫技人员40％，有2／3乡镇卫生院工资不能正常发放。2000年3月，宿迁县、沭阳县试点拍卖乡镇卫生院，2002年，全市124家乡镇卫生院、11家县级以上医院全部拍卖完。政府在市、县、乡三级不再拥有公立医疗机构。这就是流行至今的口头语“一卖了之”的起因。

拍卖后是好是坏？还在争论。

4年后，改革者说，经过4年改革探索，卫生事业呈现一种加速度发展的态势。

改革者提供了几组对比数字：

改制前卫生行业总产值：4.95亿元（1999年底）

改制后卫生行业总产值：12.91亿元（2003年底）

增长额：7.96亿元增长率：161%

改制前非卫技人员占总卫生人员的40%

改制后非卫技人员占总卫生人员的14.3%

手术价格下调，病人获利。

单纯性阑尾炎手术由1500元以上降到600元左右。

人均门诊费用：乡级医院1999年为37.62元，2003年为27.84元。

出院者平均医药费用：乡级医院1999年为544.36元，2003年为484.80元。

反对者说：改制后医疗市场混乱。2003年比2000年全市医疗机构增加3倍，多为私人诊所，导致恶性竞争，治疗不规范，不具备条件开展手术，医疗质量急剧下降。医技队伍技术得不到提高，“只用不养”，“只做不予”。

沭阳县庙头医院原有护理专业17人，改制后压缩到4人，按2人24小时排班，不符合护理专业要求。

经济利益驱使，农民负担加重。宿城区双庄镇卫生院改制后，私营老板按处方药品收入的10%给医生提成，护士按注射输液费用80%提成，挂号按40%提成，化验、放射各科均有提成。提成的结果必然是多用药，大处方，不必检查的也开检查，不打针的也打针。拍卖后的医院卫生院无力关注预防保健工作，农村三级卫生保健网得不到有效的开展工作和维护。对传染病、妇幼保健这两块失去了监测和防治。

改革者的回答是，改革需要进一步完善，这是改革前进中的缺点。政府不是放手不管，而是集中人力、物力、财力管好。市政府提出建立社会保险、利益分配、发展基金管理、人才队伍管理和市场整顿“五项制度”，实行“以奖代投”，不管医院所有性质如何，只要为群众服务好，后

续投入大，设备更新快，床位增加多，政府给予奖励。政府集中财力确保公共卫生。建设疾病预防控制中心、传染病防治中心、公共卫生救护中心、妇幼保健中心、血液采供市级5大中心和市、县、乡村配套网络。2003年市政府投入4600万元用于公共医疗卫生保障体系建设。推行综合执法，将卫生系统内原属于医政、防疫、妇保部门监督职能集中起来，成立卫生监督所，专门行使卫生综合执法职能。

孰是？孰非？

“一卖了之”并非只有宿迁一地，湖北宜城市、辽宁海城市等等诸多乡镇卫生院也先走了一步。

宜城市位于鄂西北，当初卫生院改制的动因有三：一是管理体制僵化，人员能进不能出，人浮于事，吃大锅饭；二是人员包袱沉重，全市16家卫生院按编制应配人员580人，而实有在岗人员1216人，离退休人员267人，超编636人，每年按政策还必须接收一定量的复退军人。三是投入严重不足，2001年的财政拨款实际到位仅29.6万元，比2000年的136.6万元减少90万元，下降77□2%。这样，2001年，全市乡镇卫生院收支相抵，亏损565万元，亏损面100%；16家卫生院资产总额2371万元，负债2811万元，净资产负440万元。

2002年春宜城市对乡镇卫生院的产权制度进行了大刀阔斧的改革，指导思想是：“管办分离”、“保住一头”（即保住预防保健）、“放开一片”（即把医疗服务推向市场）。改制的基本做法是采取拍卖、协议转让等方式，对16家乡镇卫生院的产权和经营权进行民有民营化的改革。卫生院卖断后，按民有营利性医疗机构管理，政府财政不再补助；原卫生院干部职工身份随即终止，其人事档案交由人才交流中心保管，重新竞聘上岗；原离休人员由政府接管，原退休人员在补交养老保险金后由社会保障部门负责定期发放养老金；卖断所得资金，主要用于为职工购买养老保险、兑付所欠职工集资、补发职工的绩效工资、发放职工一次性安置费、支付职工其他应得部门、处理卫生院的其他债务等。

这次改制，共有14家卫生院被拍卖或协议转让两家卫生院至今未能卖出。14家改制的卫生院评估资产1546.4万元（含经营权207万元），合同成交价1297.9万元，截至目前已付金额1112万元。业主尚有167.9万元未支付，其原因，一是朱市卫生院最后一家拍卖跌破标的降价21万元，二是政府承诺的净化医疗市场无法兑现，所以业主拒付剩余应付款。就合同成交价来看，它超出了2001年16家卫生院的业务总收入——

1116万元，而实际到账的款也接近这个数字。这也就是说，改制卖院所得的钱相当于改制前一年卫生院的总业务收入。此外，据改制后的不完全统计，原卫生院1216名在职职工中，被业主重新聘用的有270人，占22%；外出务工300余人；离退休250人；其余医技人员主要通过个体行医谋生。

改制前乡镇卫生院好、中、差各占1／3，改制后乡镇卫生院好、中、差仍各占1/3，只是卫生院的名次重新进行了排列。雷河乡卫生院改制前属中等，改制后落到差的队伍中来了。

人们认识到：改制民营并非是包治百病的万能之药。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第20节 乡镇卫生院如何维持运行(3)

海城市当年改制也是迫不得已。1997年，全市28家乡镇卫生院中有18家亏损7.6万元；负债182.7万元；欠职工工资91.15万元，欠职工退休费56.76万元。1998年就开始转制，把卫生院卖给懂管理的职工，18家乡镇卫生院相继转制，吸纳社会资金3100万元。转制前卫生院专项投入不足100万元，转制后一年投入923.5万元，职工由422人减少到393人。高级职称由原来1人增加到41人。2004年记者看到，八里、中小、牛庄、耿庄4家转制卫生院房屋扩建了，设备更新了，人才留住了，质量提高了，手术费用也下降了，以阑尾炎为例，原是1500元，现在为500元～700元之间，生孩子为200元。让同行们称道的是，合理地解决了乡村医生承担防保工作的报酬，一年补贴在300元～1000元之间。

有句话叫，骑驴看唱本，走着瞧，改制的卫生院会走多远，要瞧多久啊？

有人叹息：再往前走实在难。

——无论从法、从德来说，抢救病人是放在首位，农村贫困户、五保户的药费挂在账上，谁来支付？不救是违法；救了，医院亏损谁管，医院毕竟不是福利院。

——照章纳税是应该的。医院纳税不能与企业同等，医院有其特殊性。

——私营医院的人才就是过路客，或是老有所用、发挥余热的基地，公立医院有编制，退休有保障，更富有吸引力。

——若干年后，农民也进入了保险机制，民营医院的发票会允许报销吗？一旦不允许，病员彻底流失，医院只能走黄。

乡镇卫生院承上启下，起着举足轻重的作用，是农村三级卫生机构的枢纽，是这张大网的巨柄，是网身。我建议能不能对乡镇卫生院多一点补助，使乡镇卫生院处在不用营利也不是福利的中间状态，行吗？

4□西部医生的回答：路在脚下

乡镇卫生院的路在何方？我们再听听来自西部更远的呼声。

时间：2004年6月

地点：健康报“爱心工程”热线

方法：电话倾诉

阳康（四川南充市西县罐丫乡卫生院院长）

阳康在罐丫卫生院行医已经14年了。他是这儿惟一具有大专学历的医务人员。他经历了太多无奈与痛楚。

这几年，卫生院的医务人员流失得很厉害，目前卫生院只剩下7名卫技人员了。阳康也曾出走，到福建一家台资企业的医务室工作过2年，每个月有一两千元的收入。“那段日子很不错。”后来，因为家庭的原因，阳康又回到了罐丫乡卫生院，月收入不足600元。阳康说，这算高的，拿得最少的同事只有一两百元。就这些钱，国家给的拨款都不能保证，还得靠卫生院自己挣。

现在罐丫卫生院的房子已经很破旧，墙面上大大的裂缝让阳康很担心哪天房子就要塌下来。他们请了有关部门来解决问题，几个部门都觉得“问题很严重”，于是下了一个通知，要求马上解决卫生院的危房问题。可是要求谁呢？20万元的危房改造费用，哪里也拿不出。一纸通知，不了了之。

让阳康感到骄傲的是，这里的防保工作一直没有垮。1998年，全乡的乙肝病毒携带者有四五千人，可是去年卫生院为1600多个学生查体，就只查出了十几个乙肝病毒携带者。然而，卫生院现在连台冰箱也没有，疫苗都没法保存，到了三伏天，在农村很重要的破伤风疫苗根本就用不了。阳康只能愁。

阳康说，他有时候真的不想干了，可是自己是土生土长的罐丫乡人，又是这里惟一的大专医务人员，“最起码也得有人去发糖丸吧！”

这么多年，阳康每年从自己微薄的工资里挤出100多元订阅《健康报》。从卫生政策到医学科技进展，每篇文章阳康都仔细学习。那天他看到《健康报》上刊登“爱心工程”启动的消息，就想拨打爱心热线，正巧碰到一个急病病人，就先放下了。后来，他又看报纸上说第一个拨打

热线的卫生院得到了一台肛肠治疗仪的捐助，阳康那个悔呀。

终于，阳康拨通了“爱心工程”的电话，他哭了，哭得很伤心。那天，刚刚有一个消化道大出血的病人在卫生院因为抢救无效死亡。卫生院离县城有3个多小时的车程，卫生院没有车子送病人去县医院，也没有能力开展手术进行抢救。眼睁睁地，阳康看着病人在痛苦的挣扎中告别了这个世界，他不敢面对悲痛万分的患者家属。38岁的汉子没有别的办法，穿着白大褂的他只能是偷偷地哭。

阳康自我总结：政府必须大力扶持乡镇卫生院，要是没有去年的“非典”，我们过得更惨。请政府多关心我们，多派上级医生来指导我们。这么多年来，从来没有什么上级医院的医生来这里锻炼过，更别说帮扶了。房子漏了，我们可以坚持工作，可是人员素质上不去，满足不了老百姓最基本的健康需求，卫生院就要垮掉了。

李琼会（云南思茅市翠云区倚像镇卫生院院长）

1993年，李琼会调来的时候，倚像卫生院只有6人，只能看些普通感冒之类的病，连计生手术都做不了。6个人还分成两拨，各开各的门，各看各的病，各挣各的饭钱。直到1995年卫生院人员才合为整体。1997年，倚像卫生院开始送人出去进修，提高人员素质。渐渐地，卫生院的收入有了增加，甚至可以开展下腹部手术了。到了2003年，卫生院开始扭亏为盈。现在卫生院医务人员已经达到28人，全都具有中专以上学历，具有专科水平的有10人。

李琼会是妇产科医生，刚当院长一年。以往卫生院一年也就能做10台左右的妇产科手术，现在平均一周就能做4台。前段时间，李琼会主刀做了高难度的“阔韧带子宫肌瘤剥出术”，为患者切下一个24公斤的大瘤子。这事在乡间传开后，慕名前来就诊的患者陡增。

倚像卫生院其实离思茅市人民医院只有10公里，周围还有不少专科医院和个体诊所。李琼会说，竞争压力很大，倚像卫生院要生存和发展必须不断提高服务水平和质量，并同时保持价格上的优势，这样才能吸引患者。为此，倚像卫生院把提高人员素质放在了第一位，全院形成不断学习、积极进取的气氛，大家都争先恐后地要求去进修，哪怕是自己出钱也愿意。

记者问李琼会对“爱心工程”有什么要求，她特别小心翼翼地说：“我

知道有很多卫生院排着队等待帮扶，有的比我们困难很多。如果‘爱心工程’有余力的话，能否帮扶我们一台心电监护仪？”李琼会介绍，倚像卫生院现在虽然能开展多种手术，可是一直以来仍然是依靠着听诊器和血压计这样的“土”设备来做病人手术中的监护。医务人员的心理压力很大，生怕会出点什么纰漏。一台心电监护仪要五六万元，刚刚开始扭亏为盈的卫生院还无力购置。而现在患者对倚像卫生院的手术需求却在不断攀升，医务人员在手术中常为了监护问题分心。

李琼会自我总结：我们很明白爱心帮扶只是经济上的一时帮助，不能指望着依靠这个搞发展。她举例说，有个卫生院得到了政府买的心电监护仪，可是一直放在仓库里，没人会用，非常浪费。“卫生院的发展关键还是要靠卫生院自身，等、靠、要，不是长远之计。”

王华青（青海省民和县官亭中心卫生院院长）

王华青是一位身份特殊的卫生院长，他的另一个身份是民和县第二人民医院副院长。2003年9月份，民和县委、县政府针对官亭中心卫生院内部管理不善、内外债务沉重、门诊数量每况愈下、群众意见大的实际情况，从民和县第二人民医院抽调出13人赴官亭中心卫生院开展对口帮扶，官亭卫生院也挂上了县第二医院分院的牌子。王华青成了卫生院的院长。

官亭中心卫生院离县城有88公里，农村的阑尾炎、妇产科急症病人多，急救任务重，当地的防保任务也全靠这家卫生院。王华青认为，尽快开展相对完善的诊疗服务是当务之急。他们通过贷款，购置了心电监护仪等必要设备，把能开展的项目都开展起来；对卫生院的手术室、厕所、供应室、洗衣房等进行了改造。同时，对卫生院内部大力整顿，主要抓服务态度和服务意识问题，以前那种值班医生闷头睡觉的现象再没有发生过。很短时间内，该院的整体临床诊治水平有了明显提高，就诊人数不断增加，使远离县城、地处甘青交界的官亭三川地区各族群众在家门口就能得到相当于县级综合医院提供的医疗服务。

2003年11月底到2004年5月，6个月的医疗收入就有78.6万元。此前，官亭中心卫生院历史上收入最好的1998年总收入才53.73万元。昔日门庭冷落，每况愈下的情形，被如今病人多、医生忙、收入增的情况所代替。原来欠的40多万元外债，已经还了11万元。职工月收入平均上涨了240元，连临时工一个月也能拿五六百元。

他们给“爱心工程”热线打电话，只是希望通过《健康报》展示一个卫生院目前良好的发展态势。王华青说：“目前，国内最大的变电所工程正在官亭附近热火朝天地开工，附近还有一个大型工厂。可是有成千上万的企业工人需要医疗服务的跟进呀！我们卫生院大有前途。”

王华青自我总结：搞好乡镇卫生院，需要实实在在的帮扶，那不是大医院给个把淘汰设备就能解决问题的。我们需要大医院带来先进的服务意识和管理理念，帮我们带出业务骨干。卫生院的发展第一要靠政府大力支持，实在投入；第二就是靠自身谋发展。

（《“爱心工程”热线三人谈》摘自《健康报》，2004年7月1日星期四第三版，作者陆跃琳，责编陈浩。录于本书时略作了改删。向作者和责编致谢致歉。）

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第21节 网结是怎样织起来的？(1)

1□好大一个网上的两个小网结

村医和村卫生所是不是和工厂或居委会的卫生所那样呢？房内清洁，通风明亮，洁白的墙壁，洁净的消毒的柜橱，医生春风满面，护士和颜悦色，洁白的衣帽，严实的口罩，消毒药瓶一字摆在工作台上。

2004年春，我走访了几个乡村卫生所。

走访的第一站是南昌县南新乡楼前村卫生所。

楼前村地势低洼，邻近赣江，农民大都种田。村医刘友根今年58岁，办合作医院那阵子到县医院作过短期培训，他的诊所就设在自己家的厅堂里，大约有20平方米，有一张药柜和一张治疗桌，桌上放着消毒器皿，供打针换药用。厅堂后是厨房，两侧是用房，房高2层，楼上是夫妇俩的卧室，3个孩子都外出打工。南新乡卫生院离他们家百余米，就医到南昌市坐公交车颠颠簸簸，停停靠靠也只要两个小时，村民有重病都会到省城。麻烦点到乡卫生院，找他看病的都是熟人，或就近的老病人，每天只有四五个病人，夏天忙时，也不过十余个病人。打一针只收1块钱（城里是1元5角钱），没有什么利润，过去消毒用的是高压锅，还没出现过感染的事故。最近改了一次性注射器。看病用的工具是体温表、血压计、听诊器，俗称“老三件”。来看病的都不用挂号，病人多，他还穿件白大褂，病人少，就脱掉白大褂干干家务，喝喝茶，来了熟人就聊聊天。路过这里瞄一眼还不知医生是哪位。村里没有补贴，自负盈亏。病人少，出诊也少，不可能多盈利，房子是自己的，赚点药钱。主要还是方便村民，做了几十年村医，舍不得改行。自己种了2亩地，可以不用买口粮。就这样度过晚年，挺舒服。他轻松地说。

我去的第二站是九江县江洲乡洲头村卫生所。

江洲乡的村庄布局与一般乡村不一样，虽然这儿已有600年的历史，房屋都建在小坝上，一字排开，没有屋前屋后相邻的概念，只有左邻右舍的格局，洲头村有300多户人家。卫生所的平房就在进村的路口，房是坐北朝南，开门却在东，一间两隔，门前搭了个雨棚，可供候诊。室内置放了一点西医药品，大都是常用药，没有什么医疗设备，也只有“老三

件”。村医姓高，治病以中药为主，兼顾西医，开点感冒药、止咳药；打针、换药也可以开展。高医生50岁了，“文革”中是名赤脚医生，当时的大队送他到县医院培训过。在共产主义劳动大学读过“红医班”。在这儿已经工作30年了，深得村民的信任，相信他的中药、他的单方。比如，皮肤瘙痒，他会教你用草药煎水洗澡，久咳不息，他会教你用冰糖煮雪梨。因为洲头村只长不宽，村头村尾各有1个卫生所和1名村医。村医的年纪都大了，日子过得也很休闲，有病就看，无病人时和过路的人、休歇的人、求单方的人聊聊天。去年“非典”突然袭来，他们是最基层的宣传员，又是战斗员，顶烈日送药，往各帐篷帮助清洁饮水。我在诊所大门口照了一张相，去年抗击“非典”知识的宣传栏还在门的一侧。门框上的春联写着：“但求世人莫多病，何愁架上药生尘”，表达了高医生的心意。小病他治；重一点的送乡卫生院；再重一点就麻烦了，要过长江到南岸的九江市医院。

已是中午，没有病人，高医生回家吃饭去了。望着他的背影，守着这破旧的诊所，我在想，他们工作在农村三级卫生网的最底层，他们走家串户，防病送药，按《条例》规定，主要是在村卫生所中从事预防、保健和一般医疗服务。“一般医疗服务”范围是什么呢？他们在这简陋的房间里，用这简陋的方法能完成预防保健任务吗？他们能保证我们卫生保健网底的缜密和完整吗？他们是这张大网的一个个小小的结，松不得、破不得、烂不得，正是这些千千万万个结的联系，便有了我们这张好大、好大的网。从赤脚医生到乡村医生，他们是怎样走过来的呢？

2村医们走过的“国道”

我们重温一下历史。

“文革”前乡村医生统称为“赤脚医生”。

建国之初，村民把能看病的人称为“郎中”，大都数郎中均半农半医，有病人看病，无病人种田，以种田谋生。祖传的郎中另当别论。一般处理最常见病的诊断、治疗和预防。每个社（初级社）选一两个卫生员帮忙发药，也有选出专学“新法接生”成为新一代的农村助产士，上海郊区赤脚医生的事情见报后，从此全国对乡村医生统统改叫“赤脚医生”了。到1980年，全国赤脚医生人数已达146.3406万人。这种称谓到1981年还出现在国务院文件中：《批转卫生部关于合理解决赤脚医生补助问题的报告的通知》。

事实上赤脚医生服务能力非常有限，但由于带有强烈的政治色彩，在那个年代，强说赤脚医生可以和城里的专家相比，根据《条例》，赤脚医生只能在他的村庄范围内看小伤小病，而我国新法律未制定，已有制度又废除了，形成了一个较长的空间。

在建国初期我国就颁布了《医师暂行条例》和《中医师暂行条例》，但由于历史的原因，在20世纪50年代中期停止了《医师暂行条例》的执行，并于1956年废除了医学界沿袭已久的医师资格考试制度，建立了以人事制度为主的医师管理体制，致使医师的管理进入无法可依的状态，乡村医生的管理缺乏相应的规范。

他们同社员一样参加劳动，他们的管理也同社员的管理一样，根本没有行医职责的规范。他们常常成为用来批斗“反动权威”和“反动专家”的子弹。赤脚医生的作用在那个年代也发生了变异。1981年国务院在批转卫生部的一份文件指出：“凡经考核合格，相当于中专水平的赤脚医生，发给‘乡村医生’证书。”“乡村医生”这个名称才逐渐使用。1991年，国务院《批转卫生部等部门关于改革和加强农村医疗卫生工作请示的通知》中提到“今后应争取做到村级卫生组织新补充的乡村医生必须经中专或县卫校三年以上系统医学教育”；1994年《医疗机构管理条例》及配套规章颁布后，公布了村卫生室的基本标准，明确了村卫生室应该具备的基本条件，从一定程度上规范了乡村医生的行为。

从1949年解放到1994年《条例》颁布，经历了45年。中国许多事都是要经过反反复复、坎坎坷坷才能步入正果，乡村医生也不例外，算是步入了正轨运行，有了刚刚起步的标准。但标准仅是对乡村医生行医条件的限定，缺乏对行医行为的有效约束。由于没有建立真正的从医许可制度，许多未经专业教育的人员进入乡村医生队伍，乡村医生管理仍然无法可依。到1999年底，我国乡村医生已有1009665人，卫生员315272人，分布在全国72.8万个村卫生所（室）。说得好听点是，我国的乡村医生是一支具有中国特色的、庞大的农村卫生技术队伍。说得不好听是良莠不齐、泥沙混杂的杂牌军。面对这样庞大的队伍，国家一直没有一部管理他们的法规和制度。

1998年，全国人大常委会通过了《中华人民共和国执业医师法》，仍对乡村医生没有具体的规范，只在附则第45条规定：“在乡村医疗卫生机构向村民提供预防、保健和一般医疗服务的乡村医生，符合本法有关规定，可以依法取得执业医师资格或者执业助理医师资格；不具备本法规定的执业医师资格或者执业助理医师资格的乡村医生，由国务院另行

制定管理办法。”

我们终于盼到了这一天，乡村医生进入了执业注册阶段。有了资格准入机制，有了行医规范，有了行使社会公共卫生服务的责任和用药规范。这条国道好长，好长；这条国道又好短，好短。江西省为符合条件的3.7万乡医在网上进行了注册。他们注册了，他们毕竟不同于城镇里的开业医师，他们当中好多人没有取得执业医师资格或执业助理医师资格。他们原本是赤脚医生，只取得乡村医生的证书，或是取得中等以上医学专业学历的，或是在村医疗卫生机构连续工作20年以上的，或按省、市政府卫生行政主管部门制定的培训规划，接受培训取得合格证书的。叙述这段历史只想说明一个问题，我们的农民父老兄弟姐妹，所接受的医疗服务实实在在是最初级的、最简陋的、最平常的。尽管如此，总比骗人的、治死人的巫医、假医好。国家极力鼓励取得执业医师资格或者执业助理医师资格的人员，开办村医疗卫生机构，或者在村医疗卫生机构向村民提供预防、保健和医疗服务。乡村医生和个体开业医生都是基层卫生机构发展不可缺少的力量。为最大限度提高农村医疗卫生资源所占比重和医疗服务能力，国家应该允许、鼓励、管理个体行医行为。个体行医可有效地吸纳社会资金，解决农村卫生投入不足的实际问题，同时利于建立竞争机制，构建农村医疗卫生服务市场，提升农村医疗服务的质量。在城乡结合部，在一些交通要道的支脉上，已有了这样的机构。在更偏僻的山村，会有人去吗？

3中国村医

之一：干着起眼的事

离京九线不远有座小镇叫马

岭，归属九江县。离马

岭不远有座小山村，叫杨柳村，有11个自然村，近6000人，用江洲人的话说，一眼可以望到底。杨柳村有山，山不高，四季常绿，村村有水，水不深，长年流水潺潺。尽管靠着京九线，村里的农民还是喊着交通不便。杨柳村村民就有这样感受，到镇上要步行10里地，坎坷不平，马岭到高速公路只有七八里地，不通公交车，他们种的桃子、育的树苗往外运很不方便，春天的桃子、夏天的西瓜，放在路边也没有人进来买，再跌价也枉然。有路没有通班车，虽有私人“摩的”，但出班得晚收班得早，三更半夜有个头痛脑热，到镇里就医就得走路。

村里原有一个赤脚医生，是近60岁的人了，虽然村里人还信任，但年纪大，出诊总不利索。5年前，一对本村青年人从湖北黄冈卫校毕业，在村口路边租一间房，有40平方米，作了简单的装修和布置，还设了两个观察床（其实是两副竹床），新的村卫生所成立了。看病、打针、打吊针。两个人年纪轻，有干劲，丈夫姓李，已近而立之年，妻子已做妈妈了，和村民们相处得不错。村里人告诉我，到村卫生所看病的主要是孩子，现在的孩子都金贵，有点哭哭啼啼，厌食腹泻，父母都会抱来看看问问，图个放心，图个方便。年轻的李医生说，干了5年，没有什么经济效益。儿科用药量少，收入自然少。卫生所设备无力改善，夫妻俩也想添些设备，只有等待。我来的这天正热，我说，合个影吧！他没有兴趣。他妻子回家做饭带孩子，他守在这里，一上午没接诊到一个病人，很沮丧。我只照了卫生所的一角，书桌是他的接诊台，也起着与药柜分开的作用。从这个角度看，不像诊所，更像药店。两副竹床一左一右放在门口，床边也有输液架，生锈了。床上的棉絮还没搬走，有点凌乱。我想，他的心情一定与收入多少相关。他们不像那些老村医那样，以行医为荣为乐。他们以此为生，感到一些压力、一些烦恼。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第22节 网结是怎样织起来的？(2)

仓下村离杨柳村卫生所还有5里地。这里凡大的自然村都有自己的村医。

仓下村有个在县里工作过的女医生，退休了，回到老家办了个诊所，打打针、换换药，收费也不高，村民自然满意。

越往山里走，越往贫穷、人稀的村里去，村医的年龄就越来越大，愿意为村民服务的村医也越来越少。

永丰县中村乡位于林华山中，那儿覆盖着原始森林，盛产毛竹，那儿以毛竹为原料的毛边纸颇负盛名。中村乡离县城100公里，与兴国、宁都县交界，记上村、梅仔坪村人口均不足1000人，居住分散，有几户人家居住在半山腰，有几户人家居住在山谷。从卫生所出诊一个来回就得一天，乘不了车，骑不了牛，只靠一双脚。

梅仔坪村卫生所有位老村医叫余元芳，进入花甲之年，按常理，他想的该是如何度过晚年，而让他最伤心的事，找不到接替他工作的人。22岁那年，村里选他当赤脚医生，这一干就是30多年。这30多年他没有得过国家的补贴，县乡领导除了检查工作外，很少有人光顾这深山老林，保健防疫工作全靠他自觉，打乙肝疫苗，发放脊髓灰质炎疫苗糖丸。这儿不像城里的社区，这家挨着那户，这儿山高路陡，海拔1000余米，有座自然村在半山腰，住了9户人家，发放糖丸不能隔夜，他起早爬上山，看见几个孩子个个都吞服了糖丸，才放心下山。2003年“非典”出现，他全凭一双脚走遍全村测体温。有些人家路狭坡陡，他年纪大，担心自己摔倒，不得不用手爬行。村民居住分散，有的村舍离家远，当夜不能返回，只好借宿，山里的蚊子又大又恶，点一根蚊香驱不走，赶不散，天亮后才发现身上像撒了红芝麻一样，密密麻麻。儿子心痛，劝他算了，一把老骨头丢在深山老林里不值，坐在家里享几年清福，粗茶淡饭，总比山上山下奔波强。儿子很清楚，靠看病难以维生，一天摊不上几个病人。儿子不理解父亲这份情，一方水土养一方人，余元芳老人深深爱着家乡的山水。30多年来，他走遍了每家每户，哪家门是朝东朝北开，哪家接山泉水的竹管几根几长，哪家的孩子属牛属马，哪家的厕所是高是矮，他心里清清楚楚。他热爱这份工作，他老了，走不动了，这份工作不能没人做。找谁？正如儿子所言：谁也不愿意担责任、担风

险，没有多少收入，年轻一点，身体好一点的人都到县城或更远的大城市打工，谁接班？他急，中村乡卫生院也急，县卫生局也急。一个村不能没有村医。中乡村卫生院是一个小卫生院，在编人员7个，4个医师，1个护士，1个妇产，1个药剂人员。总固定资产是28万，房产就占了25万，设备器材价值3万。在防疫工作繁忙时，这样一个小小的乡卫生院根本顾及不到偏僻的山村。

余元芳打起了儿子的主意。其实，早在七八年前他就有了这个想法，他劝儿子余和平就读永丰卫校，儿子还是听话的。毕业后，儿子可以留在乡镇医院，可以读井冈山医专继续深造。父亲说：再读书可以，离开梅仔坪不行。那是山区的一个冬夜，大雪封山，父子俩围着火盆促膝长谈，没有更深的道理，只是为了了结父亲那份情。在这大雪封山的日子里，村民到哪里去看病？到哪去打针？到哪里去购药？没有我们父子他们一样活得很好，有了我们，让他们活得更好。这不是一件让人高兴的事吗？父亲苦了一辈子，难道还要让儿子再苦一辈子吗？父亲却不是这样想的，他想到日子总会一代比一代过得好！乡镇卫生院让给别人去，争的人太多了，留在这里，村里人欢迎，多好！平儿，记住了，我们都是些不起眼的人，我们干的都是起眼的事，缺不得，漏不得，错不得……

儿子接手了，在冰雪尚未消融的山路上，奔走着又一个年轻的村医，他名字叫余和平。

余元芳的忧虑很有代表性，平原地区的村医年轻人还愿意去，买辆摩托车，几十里地跑跑也无所谓，山里呢？尤其是贫困的山区。还是这个乡的记上村也处在大山深处，村医温世生已过半百，他现在还可以跋山涉水，还可以走村串户，再过几年他走不动了，有没有人接班呢？

之二：爱的渗透

村医的环境、条件、自身的学术水平确定了他们干不出什么惊天地、泣鬼神的伟业来。然而，我往下要讲述的两位村医却让他们服务过的村民都感受到了他们的善良、仁爱的温暖，感受到了他们的执著、真诚，一个走了，走了牵动了几千村民的心，一个仍在岗位上工作，是周围十里八村的乡亲们的精神支柱，心中的“华佗”。

周奕林是安义县龙津镇风山村的村医，1951年生，1969年从共大医疗班毕业后一直在风山村医疗所从事医生工作。他服务的半径很大，风

山村有6个自然村，还有与之相邻的湖上两个自然村和车阳镇北山3个自然村，总共有农村居民5000多人。村长都亲热地叫他周医生。2003年4月底，风山村有786名外出打工的乡亲们要返乡，测体温成了巨大的任务。开始许多人对测体温还漫不经心。5月初，余家村返乡人员突然出现发热的人，还伴有咳嗽，全村上百人惊慌不已，有的甚至准备外逃。周医生立即来到余家村，大声告诉乡亲们："不要害怕，他的发热时间超过了最长潜伏期，可以排除'非典'。"尽管解释再三，村民们仍忐忑不安。周医生没有多说，自己向发热者家中走去，来到病人床前，诊治用药，守候服药。深夜3点，病人体温由38.5℃下降到37.5℃。病人出现发热症状时，家里人吓跑了，左邻右舍也跑了，而周医生还守在他身旁，他望着周医生流下了热泪。

5月12日下午2点左右，车头村来电话，一个老人发热，头痛……"抗非"期间，发热病人的出现就是冲锋的信号，周医生放下饭碗，跨上一辆借来的旧摩托疾驶而去。车头村要穿过公路。就在摩托车由公路转向下坡的瞬间，一辆农用车冲向了摩托的后尾，周医生摔下了摩托，因颅脑摔伤，送到了县医院后不幸逝去。

一个普普通通的村医死了。然而，揪动人心的情景出现了。5月16日是周医生出殡的日子。

天若有情天亦老，地若有义地亦悲。天居然下起了蒙蒙细雨。在雨中送行的有千余村民。他们中年长的已是90岁高龄，年幼的尚躺在母亲的襁褓里，他们说，周医生比亲人还亲。村医不是党员也不是干部，但政府却为他献上了花圈，村委会破例为他举行了追悼会。

主持此次追悼会的是镇政府调研员、原副镇长陈敬友，村民们静静地站立着，追悼会一片寂静。老陈副镇长竟控制住不自己的情绪，突然跪倒在周医生的灵柩前失声痛哭起来："周奕林同志30年如一日，不为名不为利，把人民的疾苦时刻挂在心上，把解除人民的病痛作为最大的安慰。这么高尚的医德，这么崇高的人格就是我们干部也不如啊！"这是挽词，这是评价，这是千余名村民的心声。

现场1000余名村民低声啜泣着。人群中不断有人挤到灵柩前跪拜，他们中有老人有同龄人有子辈，还有抱在怀里的婴儿。他们不是周医生的亲人，他们来自不同的乡镇、不同的村委会，彼此素不相识，但却有一个共同的目的，就是赶来送亲人最后一程。

周医生不是他们的儿子却比儿子还亲，周医生不是他们的父母却像父母那样爱着孩子，周医生的爱心辐射方圆十几里，周医生的关爱穿透每个村民的心。往事历历在目，事事催人泪下。喻山村的喻在水忘不了一件事：去年他76岁的母亲，上吐下泻，脸色苍白，呼吸急促。慌忙中，喻在水要把母亲抬往县城医院抢救。母亲喊道："我要周医生。"那时周医生正在谌家村出诊，可母亲仍坚持要找周医生，喻在水只好在周医生经过的道路上等候，终于在晚上把周医生领回家。周医生一边察看病情，一边对着喻在水说："老人快要脱水了，你立刻给她多灌盐水和糖水！药箱里没有了打点滴的药，我马上回去去拿来。"周医生自己去取药，喻在水说："我去吧。"周医生说："你弄不清，去会浪费时间！"他趁着月光，飞奔在山间。4公里路程花了40分钟赶了个来回，静脉注射，挂上点滴，守到天亮，老人脱离了危险。太阳出来后，他走了1个半小时才回到家。这晚的出诊和平常一样，他只收了0.93元出诊费。

山下村的喻桂莲老人，8天拉不出大便。用了很多办法也无济于事，老人肚子胀痛得不敢动弹。她女儿前来周家村寻找周医生，周奕林听后二话没说，前往山下村。老人已被大便憋得说不清话了，周医生立刻解下老人的裤子，用手指探进老人的肛门，一点一点将老人的大便往外抠，老人的大便已干结得像一颗颗羊粪蛋，坠落便盆砰砰响。忙碌了2个小时，老人终于轻松地吐了一口气，一连数十天都没有感受到的顺畅之气。

这是亲儿子能做到的事吗？

2002年的一个冬夜，已近零时，他村里一位老人突然发病，老人的儿子慌忙中拨通了周医生的电话，请求出诊。周医生二话没说，骑着那辆老二八自行车在黑夜里，颠颠簸簸，一下车，就仔细去看病人，取药打针。待老人安静地睡着后，周医生才离去，此时已近凌晨2时。老人的儿子问他多少钱，周医师说9角钱。对方觉得过意不去坚持将一张5元钱的钞票塞到他手中，但周医生还是坚持找回了4元1角钱。

他的一个老病友告诉我："治疗费是2.8元，你给他3元，他无论如何也要找回2角；如果是3.2元，你没有2角，他就会说算了，周医生就是这么一个人。他每次出诊都会带上一个装零钞的塑料袋，以便随时找零，他绝不会多收1分钱。"

对待病人他花钱却又是另一回事：1997年冬季的一个晚上，老基村村民彭莲香4岁的儿子突然高烧40℃，她急匆匆地抱着孩子敲开了周医生

家的门。周医生一看，孩子脸庞胭红，嘴唇微紫，哭声嘶哑低沉，急了："赶快送县医院！"彭莲香一听，顿时全身瘫软。周医生二话没说，一把抱过孩子，朝县医院奔去。到了县医院，彭莲香身上只有20元，周医生立即掏出200元，挂号、抢救，孩子得救了。

像许多村卫生所一样，诊所都设在医生自己家中的厅堂里。周医生家是一幢2层楼的旧房，门口挂着风山村卫生所的木质牌子，因钱不够，当年盖房时只盖了一层，第二层还是大儿子打工攒了钱后加盖的，是儿子的新房。他家房前堆放着晒干的油菜秸，这是用来烧火做饭的，如今用土灶烧柴的人家已不多了。

走进周家，里面没有一件像样的摆设。走进他的医务室，四壁没有挂一面锦旗，周医生不兴这个，他从来不让乡亲们破费，他对自己十二分地勤俭。他一年四季穿一套中山装和一双解放鞋，说来让人难以相信，直到3年前，他才改变了打赤脚的习惯，穿上解放鞋。2000年前，他总是光脚板出诊，村里人也认死他这个赤脚医生，是打赤脚的。

那是2000年夏天的一个晚上，他从距家10多里远的谌家村出诊回家，赤脚在山路上行走时被毒蛇咬了一口，脚肿得好大，半个多月都是爱人背着药箱搀扶着他去出诊。他脚伤好了后，爱人再也不许他打赤脚，从此，他就与解放鞋结下了缘，一年四季都是一双解放鞋，烂了也舍不得仍掉，补补又能再穿。

在他家我看见了保存完好的一册册防"非典"体温登记本，用的是小学生作文本。从乡卫生院、村长开始布置工作那天起，到他去世前，即5月11日，本子上详细地记录了每个家庭每个成员的体温状况。那工作的认真仔细跃然纸上，令人感动。让我感动的还有他家人的情怀。那辆旧摩托车撞坏了，乡亲们多次提出帮他们家推去修理，他妻子就是不肯，丧事办完后妻子自己却又悄悄把摩托推走进了修理站，自己花钱去修。周医生有一儿一女在外打工，周医生死后，村里人立刻打电话叫他俩回家。兄妹俩含悲忍泪地说：预防"非典"，要减少人员流动，外出人员不能回乡，如果回来了，父亲在九泉之下一定会责骂。老三周建华是他4个子女中最会读书的一个。原本老三是准备考高中读大学的，但周医生却希望儿子能继承他的事业，继续为村民服务，能为乡亲们解除病痛，他对儿子说，这比考上大学还有意义。在父亲的再三劝说下，老三最终放弃了上大学。

"父亲6岁开始没了娘，一生吃够了苦，是党和政府送他到共产主义

劳动大学学医，才有了希望，他做的一切都是在报恩啊！我决心接下父亲的重担，继续沿着他的脚步前进，为村民贡献一生。”有这样的父亲就有这样的儿女。

如果说，我在追悼会上感受到了周医生留给人间的温暖，那么，我在他家中品味了人世间的真情。如果说我从周医生的遗物中看到了他的贫穷，那么我从他的儿女身上看到了他遗产的富有。周医生死后我想找一张他的生活照或工作照都没有可能，他生前非常节俭，连照片也舍不得多照一张，这是要花钱的，这次换身份证的照片竟成了他的遗照。这是一名普普通通的中国村医，他的名字不会也不可能载入史册，他的名字却永远会留在风山村每个村民的心中，他对风山村农民的爱将会渗透几代人，将会辐射几千里。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第23节 网结是怎样织起来的？(3)

之三：脚窝窝里荡出的歌

1991年江西省赣州市宁都县湛田乡新田村被世界卫生组织列为检查村，检查儿童计划免疫接种工作完成的情况。

宁都在哪里？宁都在瑞金之北，兴国之东，著名的“宁都起义”总指挥部就在宁都县城，宁都是第一、二、三次反“围剿”的政治军事指挥中心和重要战场，是全国重点扶持的老区贫困县。

湛田乡位于宁都东部，是个贫困的山区，新田村就更偏僻，只有熟读过毛泽东同志诗词的人对赣南的山多少会有点了解，可用毛泽东同志描写当年赣南反“围剿”的诗中几句对山的形容诗句来表达这个村的特点：“路隘林深苔滑”，“头上高山，风卷红旗过大关。”村与村之间隔着高山深谷。当时全村有284个儿童（指属于免疫对象的儿童），要按计划接种“百、白、破”（预防百日咳、白喉、破伤风的联合疫苗）、卡介苗（预防结核病）、脊髓灰质炎（预防小儿麻痹症）、麻疹这四种疫苗，简称“四苗”。保健预防网就是这样发挥作用的，各省市将“四苗”及其他的防疫苗品发放到县防疫站，由站到乡镇卫生院，卫生院落实到村医或村指定的防保员，最后由他们送给各户的孩子。这不同于一般的药品，要对号入座，0—7岁的儿童有多少就发多少，要在一定的时间内发完，有时效性，过期防疫药品的效力会减弱或消失；防疫药品要严格的保温，温度过高疫苗自身会失去活力，也就失去了作用，所以要做到定点、定时、恒温送到每个儿童的口中，责任心不强的人完全可以做假偷懒。

做假偷懒的方法很简单，不按规定的时间送到儿童口中，而是托村里路人带回去。我见过这样一个村医，他做了一个真名册，假签名，两天要发完的糖丸，他发了整整半年。新田村卫生所名声在外的主要原因就是，一是一，二是二，不管是发糖丸，打防疫针，他都一一发放到位，年年如此，次次如此。何况儿童的名册是在不停地增多，谁家媳妇生了孩子，谁家孩子该打针，他都记在心上。

这个村医的名字叫胡心平。他自我介绍时说，良心的心，平安的平。百姓送给他一句诗：“心系深山播平安，志在山林防病痛。”

今年已满48岁的他在新田村卫生所已工作30年了。他17岁高中毕业，第二年乡里放映电影《红雨》，很快他就成了红雨。不过，还不是当赤脚医生，是当村防疫员。背着红十字的药箱，翻山越岭，送药撒药。跑了一年，村里送他去读江西中医学院赤脚医生中医函授学习班。2年毕业，他真正成了一名光荣的赤脚医生。他热爱村医工作，他又是一个快乐的平安使者。每次出诊，他都会带去健康卫生的科普知识，每次归来，他都会写下自己的心得。

他从1981年开始负责接种工作，23年来无一疏漏。1991年的1月，已是农历腊月，要过春节了，恰逢防疫站要发放儿童脊髓灰质炎疫苗糖丸，规定两天内送到孩子们口中。这么多山梁，这么多深谷，48小时不停地跑，也难做到。他想想，决定花1天的时间把山下和半山腰的送完，2地相加是213个孩子。第二天起大早送山上的，山上有6个自然村，71个儿童。老天不作美，半夜下起了大雪，陡峭的山路藏进了白绒绒的雪被里，真有点“千山鸟飞绝，万径人踪灭”的情景。老婆和孩子都不让他外出，他哈哈大笑：“我还只35岁，爬山，爬雪山有什么了不起，有红军爬的雪山高么！走！今天一定要把71颗糖丸送到。”换上解放鞋，鞋上再捆绑一根草绳，拄着拐棍进山了，他身后留下串串深深的脚印。还剩下最后一颗，那是章表端的女儿。他家住在坪布岭上10里，往上陡坡，如刀削斧劈。他想，人家章表端还要担百货上山哩，一粒药丸算什么，爬！他四肢并用，遇到危险的地段跪着爬上山。天黑时分，最后一颗糖丸终于送到老章家。

脊髓灰质炎是一种古老的留有肢体残疾的传染病，又称小儿麻痹症。20世纪年代初，我国每年报告的脊髓灰质炎病例达2～4□3万例，导致大量儿童残疾。早在公元前3700年医书上就有关于此病的记载。它可用疫苗预防，但无法治愈，儿童一旦发病，不仅导致肢体损伤、残疾乃至死亡，还会作为传染源危及他人。

2000年全球消灭脊髓来质炎是世界儿童问题首脑会议确定的目标。1991年李鹏总理代表我国政府签署了《儿童生存、保护和发展世界宣言》和《执行九十年代儿童生存、保护和发展世界宣言行动计划》两个世界性文件，对实现消灭脊髓灰质炎的目标做出了庄严承诺，中国将在1995年如期实现消灭脊髓灰质炎。世界各国应用疫苗预防脊髓灰质炎的试验表明，只要各级领导重视、保健组织健全、计划免疫认真完善，控制和消灭此病目标是完全可以在一定时期内达到的。经国务院批准，我国继续开展全国消灭脊髓灰质炎强化免疫日活动；1995年12月5日和1996年1月5日对全国所有4岁以下儿童各加服一剂脊髓灰质炎疫苗。

从1994年至2001年，已连续7年未发现本土脊髓灰质炎野病毒病例，2000年10月被世界卫生组织证明了本土脊髓灰质炎野病毒在我国的传播已被阻断，自此实现了无脊髓灰质炎证实的目标。脊髓灰质炎在我国的消灭凝结着千千万万人的心血。我们不能忘记，在一个偏僻的小山村一个普通村医的功劳。

在以后的数年中，几乎每次送糖丸都会遇到大雪封山盖路，每次他都是愉快地去，欢乐地回。他是个快乐的汉子，他不会因劳累而叹息，因困难而痛苦。每完成一件工作，他都会拿出笔和纸写下自己的欢乐。一首散文诗就这样从笔尖流淌出来：“孩子是祖国的花朵，世界的未来。今天是儿童‘脊灰’强化免疫日，狂风卷着大雪，袭人刺骨。‘预防为主’是我神圣的职责，把糖丸送到儿童的口中，我走村串户，孩子们发出的欢笑，也是我心中的欢笑。满山的白雪像是为我祝福，我的辛苦换来了他人的幸福，这是一个乡村医生无悔的选择。”他寄给了《江西卫生报》。又一个夜晚，他被叫醒。手电筒就放在枕边，穿好衣，拎上手电，背上药箱，5分钟就可以出发。睡前检查一次药箱已成为他的习惯，像战士上岗一样又快又准。他给自己工作作了记录：“不管风寒雨雪夜，救死扶伤我心欢。”“预防为主防百病，报酬有无尽责任。”

这么一个小村，这么一个默默无闻的村医，在1993年被评为“全国优秀乡村医生”。在中国，有这么多优秀的乡村医生用他们的双脚在中国农村大地上编织了密集的网，连着居住在每个角落的农民，织着保健，播着平安。

4．村卫生所：何时告别沼泽地?

实事求是地说，在庞大的村医队伍中，像余元芳、周奕林、胡心平这样敬岗爱业，真诚为民服务的村医并不多。

眼下村医在行医中存在着许许多多问题，有些还相当严重。中组部、人事部、卫生部曾发过《关于深化卫生事业单位人事制度改革的实施意见》文件，其精神是要求结合本地实际，以乡村两级卫生组织的人事制度、分配制度改革和“乡村一体化”管理三项为突破口，对乡村两级卫生组织进行改革。村卫生所本应有多种形式，如：乡卫生院下派，与乡卫生院合办，或个人承包。然而，眼下的村卫生所大都是私人开的诊所，即使乡卫生院所派，也属承包性质，自负盈亏。这必然降低村卫生所的医疗质量，加重农民的负担，影响预防防疫工作。如卫生所用房，按照甲级村卫生所标准，70%以上的村卫生所用房面积应在40平方米以

上，要做到“三室分开”（诊断、治疗、药房）。再如，大多数村卫生所是以家代所，由于村医是承包性质，村里没有无偿提供他们的用房。在制度建设上，要统一印制医疗、药械、防保管理等有关规定制度；要做到看病有病历、开药有处方、转诊有登记、收费有发票，疫情有报告；大多数村卫生所都有缺项。还如，在财务上本应是：卫生院对村卫生所的财务实行统一管理，分别建账；村卫生所做到日清月结，定期上缴。卫生局从卫生所分别提取10%的福利基金与事业发展基金，用于村卫生人员培训和村卫生所设备添置、房屋维修以及村医生的培养，这种做法很难兑现。至于24小时值班制，中心卫生所做到每天晚上有医、护、药3人值班。在药品管理上，村卫生所按照规定统一从乡镇卫生院调拨药品，防止了假冒伪劣药品进入村卫生所，保证了药品质量安全，维护了农民患者利益。严格执行国家统一的药品价格等等，规定都处在“游击战”的状态。山高皇帝远，很难接受管理，都各自为政，我行我素。各级政府对村医没有补贴，只给政策倾斜。如，注射疫苗可以收一点注射费，免除征收的行政管理费。能给予补贴的县为数不多。吉安县尽管贫困，县委书记张和平告诉我，每年还是拨款9.45万元，给予一点补贴。永丰县为对村医预防工作的补偿，从2004年起，对一个村医的补贴是300元，县乡各负担一半，这还是从牙缝里省出来的钱。铅山县汪二镇党委书记刘江南谈到他们村医时说，我们县、乡财政好一点，对村的支持也就多一点，“非典”期间，外出量体温的村医，每天补贴同乡干部标准，由乡政府统一负担。在平时，村医们只有各显神通了。

村医中，95%是没有执业或助理执业医师资格的。50岁以上的村医多是从赤脚医师年代干过来的，他们到县医院受过半年或1年的培训，或读过2年函授，大多数选择的是中医或伤科。他们再也没有接受更多的训练了。进入市场经济后，任何学习都要钱，他们更是望而生畏。2004年7月，我在铅山县汪二镇漕源村村卫生所采访中，村医老王反问道，我们哪还有钱去读书？每天只能看三四个病人，收入很低。过去村里无偿地给了他一间用房。他说，屋顶漏，墙壁透风，孩子打针，房子倒了谁负责？他用几年的积蓄盖了一幢两层楼的房，留一小间（西头的偏房）做卫生所，不足20平方米。后厅堂开门做了小卖部，卖点百货副食品比诊所来钱还快。我在他门口坐了近一个小时，买东西的人比看病的人肯定要多。稍富点的农民多有摩托车，成人大多会到乡里或县里看病，到这儿看病的多是儿童或拿药回来打针的，只能收到块把钱的注射费，还要担风险。注射物品全是一次性的，不用消毒。他说，这间小房足够了。他儿子铅山卫校毕业，接他的班，我劝他儿子到市里或省里去深造，读出一个大专文凭，考一个执业助理医师。他说，读一个文凭要花一两万

元，乡下人出不起。目前这种水平完全能应付农村村民的各种患病，不会出事，病重点就转。再说，自己认为病重的人也不会来，花钱学了也没有用。他关切地问我：“村医会取消吗？是不是上面有规定，没有大专文凭不能当村医？”我按《乡村医生从业管理条例》做了回答，他好像更加放心了。我说，合张影吧，他没同意。我站在他诊所的门口留影一张。

30岁以下的村医大都是市场经济下自费去读卫校的农村青年，他们当中有高中、初中毕业生，个别还是小学毕业生。各地卫校为了自身的生存和经济效益办了各种名目的班，连一些医科大学、医学院也未能脱俗。某医科大学办了一个全科医生培训班，面向农村，高、初中毕业生均可报名，学制2年。因为学校名气大，在村、乡行医还多一份信任和权威，因此报名读书的不少，毕业后发给结业证。漕源村村医的儿子毕业于铅山卫校，子承父业，诊所就这样延续办下去了。虽然他们没取得执业医师资格，但符合乡村医生条例的要求。应该说，从学历讲，这些青年人比当年赤脚医生受的教育要多，接触的事物要多，这是好的一面。另一面，他们办卫生所最主要的目的是为了自己的生存，换句话说，办诊所是这帮年轻人的生存方式，是他们的饭碗。

毫无疑义，这类村卫生所都是以盈利为目的，或多或少，或诚信，或作假，或凭着良心治病，或昧着良心行医。假装内行治病，超出职责范围行医，进药渠道不明，这些事几乎在每一个诊所都会出现，能不能杜绝或减少呢？这是我们要思索的，要解决的。

以进药渠道不明为例。早一阵子要求村卫生所从医药公司进药，后来松了，他们都自己从药市上进。前几年又要求乡卫生院管起来，从乡卫生院进药，但医药公司又有意见，认为这种做法不妥，要求理顺。怎么理？一些村医为了降低成本，常到县、市医院附近收购过期药品。还有些村医出于盈利目的，购进假药（也许是同流合污，也许是受蒙骗）。

农村医疗机构已成了假医假药的市场，这已是不争的事实。

我到铅山调查的那几天，听到这样一件事：7月8日8时许，铅山县港东乡个体司机程东海因感觉不适，便由妻子陪同到港东村卫生所诊治。当时，接诊的曾庆林医生诊断他为扁桃体肿大，患急性扁桃体炎。先锋霉素静脉注射，点滴注入后，不到2分钟他就说“人不舒服”，医生看后说程东海的症状是“晕针”，过一会儿就好。可接着程东海出现了呼吸困

难，脸色发黑，口吐白沫等症状，4分钟后，程东海离开了人世，他是个小伙子，只有31岁。

曾庆林1995年毕业于铅山卫校，并取得了当年省卫生厅发的乡村医师岗位合格证。如果诊断无误的话，用药应是正确的。问题是：药液是否过期?是否由正规渠道进的药?是否作过皮试?除药物外，我们还想到另一个问题，村诊所大都没有抢救设施：氧气，配备齐全的急救药物，助手。尽管不是假药，在村诊所注射有致敏性的药物是有一定危险的。村诊所没有什么治疗手段，打针是他们主要的“治疗”收入，只能靠“以药养医”，动辄输液，动辄使用抗生素已成了村医治病的首选。我分别在铅山县汪二乡、九江县马岭乡、星子县蛟桥乡做过调查，对各自然村，在其村诊所看过病的人，询问治疗方法：服药、打针、打吊针。共调查人数70人，100%有过肌肉注射史，85.6%有输液史（61人）；从年龄上看，输液者以儿童和老年居多。药物收入占他们总收入的90%以上，退烧药、止痛药便宜，利润不多，抗生素利润空间大，自然用得多，原因不外乎是村医为了增收，农民相信吊针。一位村医如实地说：在农村当医生很难，农民看病都希望一针见效，路远、钱少，不想多跑。好多病不是一看就能诊断明白，用药当然也不会一针见效。我们只好“万炮轰蚊子”，抗菌的、抗病毒的、退烧的，再加激毒一起放进瓶子里吊。烧退了，农民就认定你医术高，就会回头再找你；你要是像城里那样留下来观察，他们就认定你没有本领，以后再也不会找你看病了。我们也要顾及经济效益和社会效益，对吗？他反问我。这种做法无疑导致了抗生素的滥用，无疑也损害了农民患者的健康。谁该对滥用抗生素承担责任呢？世界卫生组织已发出了警告，中国专家也发出了警告。他们能听得到吗？抑或听到了，他们也无可奈何！大家都无可奈何？

2004年以前，村医开处方的目的不是为了取药而是方便自己结账。一些村诊所的处方纸是香烟盒，小学生练习册，村办公室扔的废纸的边角料，抗生素的名称也是随意书写：氯霉素写成“六枚素”，红霉素写成“红枚素”，青霉素简写为“PG”，先锋霉素X号简写为“先锋”，地塞米松简写为“地米”。有一份调查显示，村卫室处方合格率为0.06%。2004年我在铅山调查了几个村诊所，都有铅山卫生局统一印发的处方笺；处方下还有药品价格一栏，要村医标明，算是透明度吧！让我们看到了规范的起点。

年轻的村医不甘于“以药养医”，总想开展一点治疗，于是打起了为民便民的旗号。如切切小肿瘤，骨折的手法复位，外伤的清创缝合。到底是方便了农民还是坑害了农民呢？从医学角度看，他们的医技水平、

医疗条件是无法完成这些医疗任务的。有很多经他们处理后转诊上来的病人，令人哭笑不得。隆起在外的恶性肿瘤，村医竟大胆地把隆起部分切掉，叮嘱病人说：“我已把瘤子切掉了，剩下一点根花不了几个钱，你到省里去吧。”这种做法，只有加速肿瘤转移，加速病情恶化。且不说乱收费，据病人说，切外面的瘤，连药费共花去了4000元。

拔牙，断根，感染，出血不止的最常见，增添了病人的痛苦和经济负担。

缝合，农民外伤大都有异物在伤口内，没有清尽，必然要进行第二次手术，花费更大。

误诊误治的更是举不胜举。很多病人大都是花费得差不多了，说句不好听的话，油水快挤干了，慌忙送往上级医院，倒霉的还是农民。

《乡村医生从业管理条例》中规定：乡村医生从事“一般医疗服务”。怎样去界定“一般医疗服务”呢？村医对此要领是模糊的，病人也是模糊的，不知有解释权者是否模糊?

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第24节 用生命编织呵护生命之网(1)

1□那段日子不再来

如果把人生之旅比喻成一条坎坎坷坷的路，那么基层卫生院的医务人员在坎坷的人生路上的跋涉是艰难与痛苦的，留在记忆里的没有什么令人惊心动魄的事件，也没有什么值得回味的花前月下之情。然而，件件都是刻骨铭心的，只要稍稍抖动一下，那记忆的碎片足以催人泪下，催人奋进；足以让人叹息不止，托腮沉思。

如果把基层卫生院比喻为一张无形的生命防御之网，我要讲述的他们都是默默无闻的织网人、补网者。他们的所思、所想，所为都是为了织好这张网，为了使网坚实有力、缜密不漏。我还是沿岁月的轨迹运行吧。

周月华忘不了分配报到的那天那夜。

接到分配通知后，她回到家和妈妈分享了那即将参加工作的幸福和喜悦。第二天清晨她就迫不及待地离开九江市的老屋去星子县报到。工作单位是星子县横塘公社卫生院。“到农村去，到祖国最需要的地方去”是那个年代青年人的志向。在县里办完了手续去横塘。虽然有路，但还没有通长途班车。那是1962年的夏天，她刚过19岁的生日，20岁的姑娘怕什么，背起行囊，走吧！传达室的老人劝住了她：“走不得，一个姑娘家，天黑了有豺狗野猪，会伤人的，到县政府门口候着，兴许有返乡的拖拉机，要不等明天一早上路。”

夏天的太阳迟迟没有落下，5点半了，骄阳的余威仍叫人汗水涔涔，口干。她想讨口水喝，传达室的老人来了，呼喊着：“有车，有车，快，跟查师父一起走吧！”

是辆拖拉机，装满了化肥、水泥。甩上行李，爬进拖斗里，拖拉机颠簸得厉害，她有点晕车，不能闭目养神，也不能坐观风景，化肥散发出刺鼻的臭味，让她恶心想吐。又是一个巨大的颠簸，她双手紧紧扶住车沿，不敢伸出头呕吐。一旦没抓紧，就得粉身碎骨；即使摔下了车，摔伤了，摔死了，司机也没法知道，他坐在前面驾驶室里。最终，她忍不住还是吐了，那还是中午吃的一碗面条，酸酸的，吐在拖斗的角落

里。太阳说落就落了，一路扬起的灰尘罩在她头上，乌蒙蒙、灰蒙蒙的，让人有点窒息的感觉。颠簸了一个多小时，车慢了，慢了，突然停了。天哪，总算到了，查师傅不错，停车后扶她下车，又呕吐了一阵，人才感到轻松一点。“卫生院就在前面100米，我要在这儿卸车，不送了。”她不能用这样蜡黄的脸去见新领导，她蹲下来小憩了片刻，才打起精神去报到。

敲门。走出一个小伙子，大概是值班的医生，问：“看病吗？”“不，新来的，我找院长报到。”小伙子很热情，冲出去找院长：“他们家就住在后边。”院长来了，说了几句欢迎的话，带她到后间，说：“这是你的宿舍。床、桌子。”给了一只药瓶子，郑重地说：“这是煤油灯，别忘了放火柴的地方，来了急诊就划火柴点着灯。”

在城里住了19年的她，第一次看见这样的灯，约四五公分高的药瓶子，瓶盖钻了一个小孔，小孔中置了一根棉线，瓶子里散发着煤油的味道。院长划着了火柴，帮她点燃了灯，关心地问她：“要不要吃饭？可以到我家用膳。”见到这一切，她心凉了半截。这比郊区农舍还差啊！难道煤油灯都没有吗？那几年，煤油凭票计划供应，院长规定天黑后检查病人才能点煤油灯，她不知道买煤油的困难。第一夜，她不敢吹熄灯，实在太倦、太累了，就这样和衣躺着。她不知道哪儿有水，哪儿有火，哪儿有开水。当班的这个小伙子也不好意思过来。这是恐怖的一夜。她刚刚眯上眼，老鼠就爬上了她的头、她的脸，她惊叫着坐起来，问自己：“这是医院吗？”“医院是这样的吗？”一周后，她开始了当班。医院的人太少了，只有两个女性，1个护士和她。她有点委屈，院长为什么不照顾女同志，何况是新来的，院长说，就只8个人，人人都得当班，处理不了叫院长，实际上院长天天晚上都当了班。

有一天，她当班。抬来一名肚子痛的妇女，她怕是外科疾病，想叫院长，一想，院长到省城去开会了。找谁？还有2个是中医学徒出身，找那个小伙子吧，2个人也许思路广点，办法多点。他们把外科疾病都想到了：阑尾炎？肠梗阻？胃穿孔？胰腺炎？胆囊炎？胆结石？肾结石？都不像。胃痉挛？急性肠胃炎？不管哪种，先输上液体吧。他们知道要遵循一个原则，不能用解痉药（止痛），他们守着病人，没有显微镜，不能查血常规，没有心电图机，没有B超，没有手术室，没有抢救室，只有血压表、体温表和听诊器，让这三大件充分发挥作用吧！体温不高，心率很快，血压偏低，他们有点紧张了。两人商量起赶快转县医院，如果是内脏出血，这儿没有血源，血压往下掉，生命就十分危险。通知家属找车，家属又没地方去找车，他们家离这儿还有20里地，他们是一脚一

脚走过来的。周月华想到了拖拉机，她和查师傅还有个一面之交，她冲出去，找到供销社，又和供销社的同志找到查师傅，把病人抬上去。她当班，当然要由她护送病人，她爬上了拖斗，高高举起输液瓶，颠簸，还是颠簸。奇怪，这次她没有呕吐，也没有晕车，也许是太紧张了。病人呻吟的声音越来越小，越来越小了。无法测量病人的生命体征，也无法实施抢救办法，如口对口呼吸，体外按摩。快，只有快，到了县医院才有救命的可能。当他们抬下病人时，已听不见呻吟，已感觉不到病人痛苦的扭动，一个青年的妇女就这样死于颠簸的途中。周月华知道女人的孩子还只有2岁，刚学会叫妈妈。她不能白护送一场，她想搞清楚妇女的死因，她要提高自己的业务水平。她询问了县医院的主治大夫。经分析，医生说：很可能是宫外孕，死于破裂出血。这种病，只要没进入不可逆性的失血休克，进入了手术室，手术成功率是100%。如今已经是61岁的周月华医生，与我谈起往事，心情十分沉重："不少农民兄弟姐妹，患了这样的急病，由于乡村医院设备条件差，得不到及时的抢救而死去，不少啊！有年轻的妈妈，也有年轻的爸爸，有天真的孩子，也有白发的老人，说句迷信话，到了那个世界，我无脸见这帮农村的父老乡亲，有愧，有愧啊！"周月华内疚痛心，我们完全可以理解、谅解，20世纪60年代初，我们正经历"三年自然灾害"，那个年代的力不从心，心与愿违的事多着哩。

她讲了又一件事。不久她调到离九江市区只有30多里的威家乡。那夜接诊的病人是胃穿孔。给予了静脉注射，挂上吊针，并通知家属马上转院到九江市。如今坐车只要10几分钟就可以到，然而，那个年代没车，没电话，只有靠人抬口传。上路了，深一脚浅一脚，一闪一闪的手电筒照着弯弯曲曲的泥沙路。她仍清清楚楚地回忆起，病人的父亲在前面拎着马灯。病人躺在竹床里，呻吟声越来越小了，越来越细了。伏下身看看病人的脸，月亮一样苍白，摸摸鼻孔，触不到一进一出应该是热乎乎的气息。我们仍在跑，其实只有我心里明白，他大概是死了，我不敢说，不敢停下脚步，我们还是往目的地跑。直到天亮，在朦胧中看见医院的大门。病人是农民，还只有23岁。听他父亲说屋门前贴的结婚的大红喜字还没脱落，老婆已怀孕在身。这个父亲摸着已僵硬的躯体，已无力泣出声来。他们会以怎样的心情把这具僵硬的躯体抬回家中去呢？又怎样面对痛苦的家人呢？

30多年过去了，这个年轻的农民充满强烈求生欲望的脸时不时总在我脑屏上出现，抹不去、擦不掉。那死前苍白的脸，瞪大的眼睛令我揪心地痛。好端端的一条命，如果在城里，如果有车，如果这里可以输

血，如果……可以……“如果”，过去了30年……

那是周月华医师永远的心痛，无疑也是我们当医生永远的心痛……不该逝去的生命，逝去了……

她到过星子血吸虫病疫区，换过几个乡镇卫生院，“不能就地治疗，哪怕有车，有血源也好啊！没有，什么都没有。”巧媳妇难做无米之炊，她将怀着这样的叹息度过自己的晚年……往后呢？往后，往后会好一些吗？进了60年代末，“合作医疗”、“赤脚医生”、“医生下乡”，工作都成了政治运动，在这场政治运动或叫“风暴”中，那短暂的辉煌是怎样闪烁的呢？

我的学生时代的朋友老陈，1968年分配到湖北省竹溪县泉溪公社，那儿西边是陕西，南边是神农架，北边是武功山，真正是穷乡僻壤，深山老林。他是解放20年后分来的第一个医学本科生。医院的职工、乡里的农民都对他十分尊敬，乡里的领导对他寄予厚望，他感到一个人难以施展拳脚，就把学妇产科的妻子从另一个乡（靠近县城的乡）调到了这个边缘的小山村。夫妻俩实实在在想为农民做点事，乡里也很支持，特地腾出一间房做手术室，添置了常用的器械和设备。医学毕竟是经验学科，不像文理艺术可以自学成才，可以在青年时代有所突破。有一天他们遇见了一个很棘手的病人：腹部剧痛，腹肌如板，面色蜡黄，几天没有大便，没有放屁。他初步判断是肠梗阻，要手术，而他们夫妇实习没有看过这类手术，又没去进修。是送走还是就地开刀？他们算了一下旅程和时间，送走必然死在路上，夫妇俩最后决定就地手术，由妻子在身边翻开《手术学》一页一页念，他一层一层地探查，虽然有风险，但有生的可能，病人只有30岁。

切皮，切开腹直肌和腹膜，往里探查，果然，肠子扭转坏死、发臭。他小心翼翼地将坏死的肠子切除，又小心翼翼将好肠子缝合。手术成功了，病人获救了。出院那天鞭炮震耳欲聋。如今，老陈已退休了，在武汉定居，回忆起这次手术，仍然满怀激动之情：“医生是个风险很高的职业，生命完全掌握在医生的手里，稍一疏忽，一条生命可以即刻逝去。”今天医患关系这么紧张，一是双方没有很好地相互理解。二是我们道德的堤坝在局部地区开始崩溃。说心里话，今天我要遇见这样的病人，要对着书去开刀，去看病我绝不会干，风险会压得我喘不过气。那时年轻，有闯劲，更重要的是同情、体贴、热爱贫下中农，视他人的生命为自己的生命。说出来年轻人不相信，手术做到一半时，很难进行下去，大家不是积极想办法、出点子、翻书，而是齐声念毛主席语录，我

们在手术室里大声朗诵：“我们的同志在困难的时候要看到成绩，要看到光明，要提高我们的勇气。”在手术室外，行政人员和家属也在朗诵毛主席语录助威：“我们应该谦虚、谨慎、戒骄、戒躁，全心全意地为中国人民服务……”“我们的责任是向人民负责。”“我们的责任是向人民负责。”最后高呼毛主席革命路线万岁！手术成功，自然是毛主席革命路线的胜利。听起来是笑话，实际上是为农民服务的氛围，为农民治病、治好病的浓烈氛围。

是的，尽管“6·26指示”被歪曲了，尽管乡村卫生院条件很差，尽管那时天天务虚不务实，但是全国上下确确实实有着为农民治好病的浓烈的氛围。有一些可能是被迫的，对于那个年代的青年人来讲，确确实实是百分之百心甘情愿的，至少我是。老陈问我，医疗队还有吗？医疗队还坚持下乡吗？有没有认真总结一下新时期的医疗队究竟怎样做才能更好地为农民服务呢？据我所知，省里的专家到县里“走穴”，也为农民解决了不少的问题，然而，那“红包”，那出诊费，是不是农民的额外负担呢？又有多少农民能够承受呢？如果医疗队还在继续的话，哪怕每组人员只干1个月、半个月，也解决问题呀！

老陈的这些话也许有些偏题，我仍然如实地记下。现在交通方便，大多数急诊手术县级医院都可以完成。周月华、老陈所讲述的那类情况的发生率只会越来越少，越来越少。

记下那个苦难和荒诞年代的人和事，只希望在这个年代不再发生，这个年代的人会比那个年代的人干得更好。

老陈夫妇捧着书做手术的日子成了一段回忆。时钟又转了52560圈。就像时钟不停摆地转动一样，生命也在正常地蓬勃地生长着、发展着。

1975年的夏天。一支市级医疗队来到了石城县大由乡卫生院。大由乡同样是有路无班车。在从赣州到石城的途中在龙岗乡向左拐进了二三十里地。再往里好几个村还是只能靠步行的山路，农民有病别说是到赣州市，就是到石城县也不方便。

医疗队的成员都是赣州市医院的医疗骨干力量，有后来被光荣评为省劳模的外科主任张连惠，有出任市立医院副院长的内科主任李家驹，还有妇产科、中医、儿科、口腔科、麻醉科、手术室护士一行12人。医疗队的任务不仅仅是下乡出诊，对慢性病进行普查，对胃、胆、脾等脏

器有病的，对需要手术而又无钱手术的病人还要开展手术。这不像老陈夫妇那样面对急诊匆忙上阵，而是从容不迫地选择病人。第一要有手术室，第二要有完善严格的消毒，第三要有手术设备和器械。

卫生院的房屋是泥木结构，木架泥墙黑瓦。

为了辟一间手术室，选择了一间独立较大的房间，四壁刷上石灰，空荡荡的房顶很容易掉下灰尘，怎么办。罩上一块巨大的塑料薄膜，照明不行，买了3支3节手电筒，从市里自带了一些手术器械。原始简陋的手术室诞生了。那时没有制定输血法规与条例，医疗队员都查了血型，准备必要时做供血者。第一个接受手术的农民是胃溃疡并出血的患者，因无钱开刀，一直靠服药度日；第二个接受手术的农民是胆结石患者；接下来还有患唇裂的孩子，患子宫肌瘤的妇女。尽管条件原始，设备简陋，每一例手术都成功，无一例并发症发生。类似这样的医疗队那个年月很多、很多。类似这样条件简陋的卫生院很多、很多。类似这样手术成功的例子同样很多、很多。

时至今日，这样的农村卫生院还有很多、很多，而这样的医疗队还有吗？我们回忆那段日子的艰苦，也回忆那段日子的温馨；每个医疗队员都感受到了农民的苦难，也感受到了献出爱心后的慰藉与欢欣。

那段日子不再来？！

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第25节 用生命编织呵护生命之网(2)

2风雨兼程

人生之旅真是一条路，有山崖，有平川，有小路，有大道。“四人帮”倒台后，老百姓突然感到眼前的路是一马平川。工厂要招工，大学要招生，政府机关要扩编。抚州市崇仁县一个农民的儿子裴森茂耳闻目睹了农村缺医少药的艰难，农民因病致贫的痛苦，报考了医学院，那是1979年。毕业后，他分配在崇仁县白路乡卫生院。

在基层卫生院当医生有两个特点：一是不分科，什么病都得看。二是出诊多，农村有许多病人，背着药箱来回要走几十里路。白路乡地偏人穷，村民居住分散。出诊的任务特别重。有次出诊归来，还没放下出诊箱，就看见有人推着独轮车直奔卫生院，走近一看才知车上坐着一个老妇年过七旬，埋头扶车的大概是她的孙子，左手扶车，右手提着水瓶，小眼圈红红的。推车的老汉焦急说：“老伴肚子疼、呕吐，三天没吃东西……，在大队卫生所看过，吃药打针不见效，现在还有烧。”裴医生问清了病史，进行了体检后，无奈地告诉老汉：“老妈患的可能是化脓型阑尾炎，病很重，必须立即送县医院手术才行。”老汉和老妈一商量，老妈说什么也不肯转院，痛苦地流着泪说：“医生，难为你们了，我家很穷，儿子儿媳不在家，外出谋生去了，家里老的老，小的小，走不了啊！”稍息又说：“反正我这把年纪，死也死得，死也就死在乡下，别送我去城里死。”小孙子也掉下了眼泪，哭泣着说：“医生叔叔，救救我奶奶吧！”病人与家属坚持就地治疗、宁死不肯转院，怎么办？裴医生只好收病人住院。准备急诊手术，对于这所卫生院还是破天荒的一件大事。没有手术床，用长条桌代替手术床；没有电灯照明，用手电筒代替无影灯；用纱布、引流管加大注射器代替吸引机；用输卵管结扎包代替下腹手术包。只有懂医的人才明白在这样简陋、原始的手术室里为老人做阑尾炎切除术，需要承担多大的风险，挑起多大的责任。这是20世纪80年代的秋天，我们农村卫生院工作条件还是那么艰苦，那么简陋。只有内行才会悄悄地为裴医生捏一把汗。好在，手术成功了，10天后病人完全康复出院。

他们在这样十分艰难的条件下工作着，裴医生做过疝嵌顿松解修补术、胃穿孔修补术、胎盘滞留取出术等等。现在回想起来，当时真叫人

担心，但也是没有办法的办法。每一个在基层医院工作过的人都真心希望农民富起来，农村的医疗条件快点好起来！

1984年9月，裴森茂医生成为全县最年轻的主持卫生院工作的副院长，那年他23岁。

1989年，他被组织上调到县计划生育技术服务站任业务站长，把关全县的计划生育四大手术。他还真有点舍不得离开乡镇卫生院。搞计生手术一是太单调，二是做工作太艰难，不是号称“天下第一难”么！他更喜欢做一个“万金油”医生，一个能治多种疾病的“全科”大夫。

“你还是走马上任了？”我问。

“诱惑我的不是县城，不是职务，是我的服务对象多了、广了，我可以面对全县的农民，我是土生土长的农村孩子，可能从小就有那么一个乡村情结，为农民做事，我总感到愉快。”

在计生站的6年里，他足迹踏遍了全县所有的乡镇，施行计生手术万例无事故。记不清有多少次吃住在村里、工作到天亮；有多少次既为农村妇女做了结扎手术，又为她们免费做了卵巢囊肿摘除手术。

我最关心关注的还是他的下一站。从某种意义来说，下一站比计生站的工作更苦、更累、更难。

1994年11月17日，他到崇仁县卫生防疫站任站长。据我所知，县级各地防疫站为了创收，派人外出学习妇产科、口腔科、皮肤科，回站后都“不务正业”，担起防疫站生存的重担。“以医养站”，“以药养防”，正业变成了“副业”，留一少部分人搞“计免防疫”的正常工作。裴森茂会走这条路“以医养站”、“以药养防”的路吗？

他回忆起10年前上任的那天，细细的秋雨有点寒意，县委领导和县卫生局领导一起送他到县防疫站上任，开了一个不到20分钟的简短交接见面会。开完会，县领导、局领导告辞后，他就留下来开始了新的工作。到各科室熟悉环境，了解情况，和干部职工座谈，不问不知道，一问吓一跳，站里的财务账上几乎是零，水电费已几个月没有付账，相关单位已发出了最后通牒——如果新站长到任还不付账就停水停电。前年开始兴建的集资房未经验收就被站职工全部抢占，职工上班议论的是住房问题，下班座谈的还是住房问题，人人无心上班。基本上处在瘫痪状态。或等米下锅，或坐吃山空，或照着前人的脚步走。而他想的却是“雄

关漫道真如铁，而今迈步从头越”，“一万年太久，只争朝夕”。

当夜他就和站班子成员一起座谈讨论，研究制定了3条近期的工作目标：一是整治工作作风，把强化免疫等业务工作做实做好；二是增收节支，确保工作能正常运转；三是尽早处理住房问题，安定人心。他从乡里调进县城，按理可以分到一套住房，第二天他就宣布了3条：一是自己不要房，二是成立分房小组，三是宣布抢房无效，限期退出，否则采取强硬措施。分房小组成员组成全部由不要住房的职工代表和领导组成。裴森茂用他的果断与实干，迎来了1995年的春天，上任后的1个月13天，他推行了全方位的改革。1995年他们县防疫站在全市率先实行站科双层双向选择聘任制，实行竞聘上岗，落聘待岗；在全市率先推行卫生防疫工作目标管理责任合同制，把全年卫生防疫工作总任务按科室职能进行分解，签订责任合同。

什么叫跋山涉水？什么叫走村串户?裴森茂的双脚会告诉你。防疫站的任务是发放药物、接种疫苗，崇仁县有168个行政村，1228个自然村，裴森茂要求自己用双脚走遍崇仁县的每座村落。离县城70华里的张坊乡有个村叫桃源乡村，该村有个自然村叫游坊村坐落在海拔近3000米的山上，多年来没有准确的儿童接种资料可查，山高路远，10多年没有上级防疫人员直达，存在着漏卡漏种的隐患。仰望高山路窄坡陡，去？还是不去？自己去？还是派人去？请村医带路，爬山，只有爬山，只有上前，没有退路。想想吧，老表的日常用品是怎样背上去的?他们生病了又是怎样背下来的？步行了5个多小时，终于到了，确实有漏种的儿童，逐一地检查，逐一地补种。全县0—7岁的儿童有3万余人，无一漏种。

说到涉水，裴森茂笑了。“不叫涉水，叫落水。”

那是1998年，抚河、乐安河、崇仁河呼啸而过，崇仁县城内涝灾，全县受灾面积过半。为保证大灾之后无大疫，他带领防疫防病消杀工作组深入各乡镇灾区，巡回指导灾区消毒、防疫防病工作。在一次乘坐竹排渡河时，跌入寒冷的洪水里，大家奋力相救爬上岸，全身透湿。第二天感冒发烧，体温达39℃，舌干唇裂，走路都打飘。同事劝他回县休息，病休也是理所当然的，在这节骨眼上回去养病于情于理都难以说服自己。自己是医生，边工作边治疗吧！走一村，打一针，吃一口药。当大灾过后，没有发生疫病流行时，才真的躺了下来。2003年，他们县有7万多人在广州、北京打工。为了宣传预防“非典”的知识，他依然用自己的脚丈量着崇仁县的土地。他的脚迹走遍了全县的偏僻山村，这是他的骄傲、他的自豪，是他的义务、他的责任、他的欣慰、他的光荣。

与裴森茂交谈是愉快地，他爽快、洒脱，他自豪地说：“过去我手握手术刀，一次只能解救一个病人，如今我送药送疫苗，是为了崇仁县老百姓将来不生病或少生病。这个工作远比开刀意义大多了。这个喜悦与那种喜悦是不一样的。这种工作有时是寂寞的、孤独的，不被人理解的。因为，看不到近期的效果。如果不认真做，防病的这座堤坝、这张网络就会彻底崩溃腐烂。这工作危及的不是个体生命，而是群体安危。”他们县的计划免疫工作，多次受到上级专家和世界卫生组织官员库尔博士的高度赞扬，也就不足为奇了。1997年崇仁县被评为全国计划免疫先进集体，2001年崇仁县再次荣获“全国消灭脊髓灰质炎先进单位”称号。裴森茂自豪。我也为他自豪，1995年他们县基本消灭疟疾，1997年基本消灭了碘缺乏病，1998年消灭了麻风病，1999年基本消灭了寄生虫病。他，裴森茂自然地评上了全国卫生系统先进工作者。裴森茂还很年轻，今年他还只43岁，他前面还有很长的路要走，还有山，还有水，还有坡，还有沟，也许他毕生的精力都会倾泻在这跋山涉水间。他是愉快的、知足的，他为崇仁县子孙后代的健康献出过自己的青春，为千家万户的安宁洒过自己的汗水；他是痛苦的、内疚的，像许多有成绩的男人一样，他不是一个好儿子、好丈夫、好父亲。不过，我相信，在他父母、妻子、儿子的心中，他一定是好儿子、好丈夫、好父亲的。

话别后，他匆匆上路，2004年的6月6日天空下着小雨，他走进风雨中，望着他的背影，我突然想起了“风雨兼程”4个字。他的成绩、他的荣誉是他用这双脚走出来的。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第26节 用生命编织呵护生命之网(3)

3无悔的选择

一位名人说：人生即选择。每次选择是痛苦的，也是欢乐的。正因为有了选择，才有了多彩丰富的人生，才有了充满竞争、充满魅力的生活。

这次采访的是一位乡镇卫生院院长，他就是在选择中度过了他的一轮又一轮闪光的青春。他的名字就叫谢光轮。

他是赣南老区宁都县东山坝镇人。

有必要介绍一下宁都，它太偏远，太陌生了。宁都县位于江西省东南部，赣州市东北部，东邻石城、广昌县，南接瑞金市、于都县，西连兴国、永丰县，北毗乐安、宜黄、南丰县。面积4053平方公里，面积居赣州市第一，江西省第三，其中山地占70.78%，耕地占1116%，水域占3.93%，概称“七山半水半分田，一分道路和庄园”。总人口70万，居赣州市第三，其中农业人口60万，城镇人口约10万。有畲、壮、土等9个少数民族计2087人，汉族占总人口的99%以上。有行政村348个。

也许你还没有概念。大革命时期，这儿是江西省委、省苏维埃政府、省军区司令部所在地。这儿留下了毛泽东、朱德、周恩来、邓小平、李富春、曾山的战斗足迹，是第一、二、三次反“围剿”的政治、军事指挥中心和重要战场。解放初期，一部于蓝主演的《翠岗红旗》就是以县郊翠微峰剿匪的故事为背景拍摄的。这里不通火车，没有水路。距南昌318公里，距赣州162公里，距厦门514公里，距深圳700公里，距京九线兴国火车站80公里。农村人年均收入1339元。

我还想说出一座城市的名字：山东烟台市。在市场经济的今天，知道烟台市的人一定比知道宁都县的人要多。

烟台靠海，是发达省的发达城市，风景优美，交通方便。

他，谢光轮，1984年考入赣南医学院临床医学系。毕业后分配到华东地勘局262大队职工医院。一年后随队迁往烟台市，该职工医院同时被

评为二级甲等医院。这样的城市，这样的医院，在今天的大学生眼里绝对是一个最佳的选择。他为人厚道，工作踏实，技术上肯下工夫钻研，组织上准备让他担任业务副院长，并同意把远在江西赣州市工作的爱人调来烟台。一切变化都在静悄悄地发生着。同事等待他们夫妇团圆，领导希望他们夫妇尽快相聚，安心全力地投入工作。风云突变，谢光轮突然提出回家，回到老家宁都去。领导眼睛瞪大了，同事们眼睛瞪大了：吃错了药吧！水往低处流，人往高处走，你怎么吃回头草，回到又穷又偏僻的地方去呀？

我与他就这样开始了对话。

谢光轮的嗓音低沉厚重，身材健壮魁伟，他的回答太简单：

是家乡农民渴望健康的无奈眼神迫使我作出了选择。真的，我来到了海边，听海浪拍打礁石，我感受到的仿佛是家乡的高山松涛在高唱：归来吧，归来吧！故乡的游子。

我原有一个哥哥，8岁时因患脑膜炎夭折了。我成了家中的独子。离家的日子，我老想到父亲、亲戚、朋友那渴求我去治病的目光。很简单，很简单。烟台不会缺医生，我走了，这个缺很快有人填上。而在家乡，走了一个人，走了我这样一个大学生就不知哪年哪月能补上了。此时说再多的大道理都是无力的，解释也是无用的。我是农民的儿子，我应选择贫穷与落后。

那是1991年的早春二月，我告别山东烟台回到了生我养我的故乡，我可以选择留在县医院，但是我做出了第二个选择，来到了条件十分艰苦的黄陂乡卫生院。一切从零开始，我从一名普通的最基层的临床医生做起，到技术骨干、医疗组长，在这里干了7年。

这7年里，我有过愧疚，也有过喜悦。其中，让我难忘是1992年的12月30日，我父亲病逝，我正在家里操办后事，突然接到单位通知，附近刚发生一起车祸，有36个人受伤，大部分伤势严重。一听到这个消息，我强忍着心中的悲痛，撇下父亲的丧事，投入了抢救伤员的战斗中。经过几天的抢救，在伤员基本稳定后，我才回到家中，这时父亲的后事已经办完。虽然我没有给父亲送行，但我想，父亲在天之灵，会原谅我的。记得还有一件事，使我灵魂受到了深深的触动。1994年的5月，一个16岁的男孩，患有结核性胸膜炎并发左侧胸腔积液，病人家庭十分贫穷，住院5天后，就要求出院。在这种情况下，如拒绝治疗，病情

会出现反复，甚至会危及生命。面对着一个贫困无助的年轻生命，我心里非常沉重。让他出院，等于让他走向死亡，继续治疗，谁为他埋单？当时，我的工资只有120块钱，为了挽救这个病人，我咬咬牙为他垫付了500多块钱的医药费。虽然给家里的生活造成了一定的紧张，却挽救了一条年轻的生命，我感到欣慰，感到值得。

面对设备条件都很落后的农村卫生院，我不敢丝毫懈怠。心想，回家要为家乡人民服务，除了满腔热血和奉献精神外，最重要的是掌握内外妇儿全面过硬的专业技术。通过进修和自学，结合临床实践、摸索、请教，我先后在乡卫生院开展了乳癌根治术、子宫全切术、甲状腺次全切除术等9项中大手术，使黄陂卫生院从一个只能开展一般普外手术，发展到今天普外、泌外、矫外、肿瘤外科等各种手术都能开展的一级甲等医院。

黄陂乡卫生院刚刚起步，组织上决定调我去大沽卫生院任院长。大沽乡是一个偏僻贫困山区，卫生院11名职工中，没有一个正规科班生，门诊楼是20世纪60年代建的土木结构一级危房，医院没有任何设备，只有“老三件”。接到通知时，我犹豫了，我是搞外科的，到一个连“三大常规”都无法开展的环境，凭1把手术刀、6把止血钳就能开展外科手术，就能给病人解除痛苦？既然不能，我去又有何益呢！也许领导是对的，那里是贫穷、是落后、是缺医少药，你责任心强、技术过硬才派你去开拓呀。我是共产党员，年轻人应该接受挑战，这是我的又一次选择——选择挑战。在那段年月里，我以加强医务管理为先导，千方百计筹措资金、添置设施。全院上下同心协力拼搏了一年，经济收入竟翻了一番。我心里舒坦极了，职工的脸上也出现了笑容。胜利的喜悦非常鼓舞人心，我和职工们一年又一年地继续努力，将一座30万元的门诊大楼竖立起来。先后又配齐了化验室、B超、X光机等新设备，基本实现了人员、房屋、技术、设备、管理五配套，开创了年业务收入50万元的业绩。

当我把大沽卫生院整治得有了一定规模时，组织上又要我去湛田卫生院主持工作。我真不明白是为什么。后来才知道，原来，两个月前，因抢救一位重症肺炎患儿无效死亡后，引发了一次医疗纠纷和集体上访事件，湛田卫生院处于瘫痪状态。县领导郑重指示卫生局选派一名能力强的同志去管理，尽快平息事态，恢复工作。正在县北部边沿山区一隅忙碌的我，没有想到，组织要派遣的人，竟然是我。当时，我的母亲、妻子和儿子都住在黄陂卫生院，距大沽仅有10公里，往返方便。如果去了那里，既交通不便，路途又远，犹如天各一方。妻子一听说这个消息，坚决反对。她为了支持我扎根农村，已经从赣州市调到了山区，作

出了牺牲。现在好不容易安定下来，我又要离开她们，说什么理由都接受不了。全家要我辞去院长，回黄陂当医生。此时，组织、领导为难了，上门做我爱人和母亲的工作，情真意切。我也向家人表示，是党和人民把我从一个农村孩子培养成为一名大学生，现在组织这样信任我，我去！家人见我这样坚决，思想也通了，由反对转向支持。于是，一家4口分为3处，一是妻子照顾年近八旬的母亲住在黄陂乡，二是把赣州退休的岳母接到县城照看16岁的儿子读书，三是我卷起铺盖，走上了新的岗位。

来到湛田卫生院，面对16万多元的外债，职工连续5个月没发工资的现状，30多双无奈而苦涩的目光，我深切地感受到肩上的担子是多么沉重。尤其是这里医患关系紧张，人心思散，80%的职工纷纷申请调走，他们认为湛田卫生院已经“病入膏肓、回天无术”了。我无法说什么，也没有胆量作出任何口头承诺。只是静下心默默观察、调查、分析，逐步理清头绪。首先求助县卫生局担保，赊购了1.7万元常用药材，恢复正常业务。一个月后，推出《湛田卫生院经济目标和岗位责任综合管理方案》，实施“走出去、请进来”的发展措施，两年后，实现了扭亏为盈，业务增长同比翻了一番。

回顾我的选择之路，从烟台到宁都，从黄陂到大沽，从大沽到湛田，3次选择、3次挑战，我先后管理的这几个单位，由落后转为先进，从倒数跃入前茅，我的心血没有白费，我的价值得到体现，我能为家乡医疗卫生事业奉献一份绵薄之力，感到无比的充实、幸福和满足。

他的叙述像宁都城边的梅江水，潺潺流动，像翠微峰上的映山红轻轻地飘着馨香。我感到眼眶有点湿润。他胜利了，胜利得有点悲壮。他成功了，每一次成功都作出了巨大的付出。我如实地说，在乡镇卫生院这样勇于自我牺牲、勇于自我奉献的人太少了，太少了。而我们的政府给予他们的扶助、支持同样也太少了。他们要担当那么大的风险，要承受那么多的压力。我总在想，对那些有志于农村的科技人员而又干出了成绩，尽管不是惊天动地，名垂青史，而能有利一方的有志之士，为什么不可以给他们以更多的优惠和奖赏呢？

4希望之星

驱车往贵溪市。

贵溪市不大，城区只有12万人，它的名气在：有我国最大的铜工业

集团——江西铜业集团公司；有中国规模最大、现代化程度最高、亚洲最大的世界特大型炼铜厂——贵溪冶炼厂，铜产量占全国产量的2/3；有华东电网主力电厂的贵溪发电厂；有全国四大磷胺肥厂——贵溪化肥厂；还有首钢四建、有色五建、桥梁厂等一批中央、省属建筑企业，驻扎贵溪。

没有在贵溪停留，车向南，又行驶了26公里到达了我采访的目的地——塘湾镇。

塘湾镇在贵溪应算个大镇，有198个自然村，15个行政村和1个居委会。全镇有人口3.3万人，农民占90%，村级卫生院40个，村级医务人员44个。

小车驶过了塘湾镇中心卫生院，我看见了一张照片，是院长江斌医师与卫生部原部长张文康的合影。一名医生告诉我，这是2002年6月8日，张文康到江西作调研，卫生院是他工作的第一站。他握着江斌的手说："你院改革与发展的经验很好，使我看到了乡镇卫生院发展的希望。"

据我了解，在6年前，塘湾镇卫生院只有百平方米的用房，连一间可以接待客人的办公室都没有，全院20多名职工，守着破旧残缺的卫生院，守不着几个病人。

危房多，医疗设备少，人才奇缺是当前乡镇卫生院的特点。说乡镇卫生院一贫如洗，门庭冷落，待停待关，业内的人都会相信；说乡镇卫生院富有、发达，没有几个人会相信。如果是那样一定是来了一位高人。

没有优越的条件，高人又怎样留得住？我与江斌开始了聊天，越往下聊，我越感觉出这位身材魁伟的青年就是一位高人。他倾力改造贫穷的卫生院已不是第一次，当然也可能不是最后一次。

1990年江斌毕业于江西医学院上饶分院，9月分回到家乡贵溪市泗沥卫生院当医生。

这个卫生院有多大，职工多少是个指标。说来好笑，这儿只有7名职工。真是"上班和下班一个样，院长和医生一个样，医生和老百姓一个样"，走进卫生院那瞬间，可谓是"悲欣交集"。这样一个卫生院与自己的理想梦境相差太远了，这儿和村医有什么区别？读两年书，培养几个

月，就可以在耳朵上挂副听诊器了。自己毕竟是参加全国统考，3年寒窗的大学毕业生呵！委屈了，委屈了！悲哀像一块冰，从头凉到脚。

想到妈妈的早逝，似乎又有点“待从头收拾旧山河”的气派，别人没有搞上去，我一定要把它搞上去。我是泗沥镇的人，吃泗沥乡的大米喝泗沥乡的水长大的，总要回报泗沥乡的父老乡亲，总要为家乡出点力，做点事。再往下去做也为早逝的妈妈脸上争点光，她似乎听见了乡亲们的赞美：“你看，你儿子不错，是个好医生，救了我们。”

他看到了母亲便血、吐血，倒在家里；他看到邻居的孩子因消化不良，仅因得不到输液而夭折，是刺痛，又是信心！我来了，我会救活你们的！初生牛犊不怕虎，上！

那是热情、激情和年轻人特有的冲动。冷静一想，这不是文人挥笔就可以洋洋万言的，这不是画家泼墨就可以一鸣惊人的，这不是数学家可以去苦心计算的，这不是工程师可以去发明创造的。最重要的是，他们都可以坏了重来错了重做，而医生面对的是生与死的考验，是生命。开错了刀，吃错了药能重来吗？

当好医生，尤其是在当农村当农民的好医生特别难，难！

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第27节 用生命编织呵护生命之网(4)

难在哪里呢？一是卫生院条件极差，二是农民贫穷，无钱，三是整体，包括医患双方文化素质水平均低下，独木难成林，巧媳妇难做无米之炊。

走进泗沥卫生院，他看到的是2栋低矮破旧的危房，有一间叫手术室的房间，没有麻醉机，当然不会有麻醉师，连最起码的电动吸引器都没有。一张破书桌写病历，开处方时还要铺上一张硬壳纸，否则，一横一竖都写不直。桌子一边放着血压表、体温表、听诊器，在城市里，这些是一般家庭都有的设备，有的家庭，血压表还是进口的。而这里，血压表还要经常修理，不然水银就会泄漏。

“你是怎么走过这道关卡的？”我问。

万事开头难。我真是面临着一次又一次的考验。医学的实践与书本知识毕竟有很大的距离。这儿距离并不产生美，而是产生危险、风险、艰险和惊险。来了一个农药中毒的病人。这是农村最常见的、最普通的病，抢救方法，抢救程序，用药我能顺背、倒背。然而，尽管背得像说绕口令一样，还是出了问题。洗胃，我自认操作老到。操作进行一半时，突然发现病人呼吸困难，出现了缺氧症状，嘴唇发紫，我慌了手脚，找不出原因。病人呼吸越来越急促，我从鼻子里给氧，插给氧管时有阻塞感，用劲也插不进去，拐弯也插不进，怎么办？是什么堵住了氧管，再找不到原因，病人就会窒息死去。我用开口器把病人嘴巴打开，猛然发现病人缺牙。我一惊，病人是不是镶了假牙，莫非假牙掉进气管里去了？忙中出错是常有的事，而医生出一丁点错就会有让病人致残致死的可能。打个手电筒一照，果然，假牙卡在咽后壁，我用镊子取出，病人呼吸通畅了。这就是“嘴上无毛，做事不牢”的表现。老医生洗胃一定会检查一下口腔，有无假牙。而我忘了，洗胃以外的功夫。

又一次，抬来一个肠梗阻的病人。在农村这类病人不少见。病人是个老农，70多岁，对于一个小卫生院来说，这应是大手术，没有麻醉师，自己上，没有吸引器，多准备大棉垫吸血，我觉得自己准备充足了，然而，我忘记了通知备血，在手术台上出血了，止不住，只得用手紧紧压住，血压下降。血，血，快点送血，这时，我深深感到技术与经验的重要。好医生不只是爱心，不只是热情，不只是拒收红包，不只是

下乡送医送药。基层更需要的是多方面的技术。说得狂一点，也许知识面上比上级省市医院要求掌握的还要更多、更广。

我们是万金油，我们又不甘当万金油，我们要有单项的强势，又要有万金油的能力。病人救过来了，后悔、内疚一直缠绕着我。尽管我磕磕碰碰做了许多事，我自认还差得很，农民却把我捧上了天。在农村你能开刀，你救活了一个人，你的名声就远扬千里，你就会成为家喻户晓的新闻人物。

泗沥卫生院的名气也大了起来，病人多了，收入上去了。有了钱就可以用来改善医院的条件，泗沥卫生院开始变样了。大概领导觉得我能干点实事，决定启用我当院长。遗憾的是不在家乡，调到雷溪乡卫生院。说是当院长，不如说是组长，可能比组长权力还小。全院只有5名职工，一天收入不足100元。叫我们怎么工作？作为医生，我想只要能起死回生就会有病人。我首先想到的是手术室、急诊室，大的动不了，小伤小瘤总可以割、可以治吧，危险的病人，总得有点抢救的办法和条件吧！

来的时候正值早春，4月是淫雨天气，屋外大雨，我卧室里下小雨，晚上要用脸盆接水，嘀嘀嗒嗒，像住在泉水洞里。

医用房久遭雨袭，从壁到顶都有了裂缝，又出了一场险事，我在手术室里开刀，噼啪，天花板上掉下了一块大泥巴，顶壁塌下。老天有眼，打着了病人，但没打进伤口，否则伤口里的泥沙都难洗净。城里的医生恐怕见不到这样的景观，也听不见这样噼啪的响声。农民兄弟没有意见，也不紧张，还担心地问我：“没打着你吧！”想想看，在城里，病人还要向医院追究精神赔偿呢！也许我有点小名气，病人多了，卫生院就热闹起来了，充满了生气，算是“活”了吧！在农村基层卫生院，要想让病人起死回生，首先这位管事的院长要让卫生院活起来。这是我当院长的一点心得。

我又一次接受调用，到了塘湾卫生院，这是一所中心卫生院，有职工20余名，但是离贵溪市近，只有60里的路程，家境好一点的农民都会乘车到城里看病，这里病人一直都很少。要把农村病人从城里吸引回来，我确实费了一番脑子。

既然是中心卫生院，那就是担当起中心的责任。“破、旧、差”的状况怎么有这样的力量?这不能像基层卫生院那样开几次刀，抢救几个病人

就行了，我已经历了两个“破、旧、差”的卫生院，我的体会是要调动每个人的积极性，只有发挥了人的作用，才能发挥物的作用。大家的作用都发挥了，卫生院才会有人气。有了病人，不只是一阵子，这是竞争的年代，也就是说，我们要为农民提供优质、优惠的服务，农民再不会拐弯乘车到市里去。安全、高效、经济是我的追求。我征求职工意见，向大家讨教，向来看病的农民咨询，也叫走群众路线吧！听听职工怎么想的，病人怎么想的。

职工的要求是合理的，他们得养家口，上有老，下有小，要让他们的技术发挥出来，为农民服务。

病人要求也简单，比市里看病方便、便宜。

我院有编制职工是22人，退休5人，临时工8人，合计35人。上级按工资人头的75%拨款。医院要发展，职工要福利，医院首先得要有病人。

每个职工都表示要走出困境。这就好办，制定了制度，用制度管人，每个人都严格地按制度办事。财政完全公开，对于我院的收入，我的安排是：43%用于工资；25%用于医院发展，添设备，改危房；15%用于业务费，如水电；3%奖励资金；4%福利资金，用于退休有病的同志；4%用于调控资金。有奖有罚。为了农民信任我们，了解我们，每个人都轮流下村，建立乡村巡诊制，做到村中慢性病人我们心中有数，急症病人及时转诊，设立社区医疗服务中心，按自然村划分送医送药。日门诊由改革前13人次增加到2003年的40余人次，业务收入由1998年的年收入48万元增加到2003年年收入124万元。职工收入也上去了，我院职工最高年收入是2.5万元，最低也有1.3万元（职工原收入年均是0.7万元）。在农村这应算是高收入了。医院面积和设备也得以改善，我院先后购置200mA　X光机、胃镜、全自动血球分析仪等医疗设备，兴建了住院部、门诊部、2栋职工宿舍楼、院内园林绿化，医院固定资产从改革前1998年的38万元增加到现在300余万元。药物比例由1998年的35：75到2003年的43：57。

我感到，在基层医院当院长，自己首先应是个好医生，是病人信任的医生，要有一技之长。我热爱外科，只要基层医院能开展的手术，我尽力拓宽。普通外科、泌尿科、妇产科手术我都能上。做院长要有点奉献精神、吃亏的精神，要不断地把自己的心理调节到最佳状态。2002年端午节，抬来一个肠破裂的病人，血压往下掉，必须马上手术。在手术

室门口，病人家属塞给我一个红包。当时也顾不及推让，我进了手术室一心救病人；手术后，我把红包退回病人，病人还以为我嫌少，他打开后，我才知是400元。病人十分感激，硬要我收下。我收下交给了收费处，算到病人的住院费中。医院的名声就是在这些大事小事上建立起来的。有技术、有医德，何愁病人不来？

2003年大年三十，工作忙到下午才回到家，正准备与妻子一道准备吃年饭，事不凑巧，还没呆多久，就接到医院妇产科医生电话，有位孕妇难产，急需剖腹产手术。为了不打扰其他职工过上团圆年，大年三十又租不到的士车，我找了辆摩托车，迅速向30公里远的医院赶去。做好手术，骑车回到家时，各家已灯火辉煌，鞭炮声四起，我的妻子和儿子仍在饭桌旁等待我吃团圆饭。

生活中这类事太多了。2004年春天，好不容易挤出一天时间休息，我正打算离开医院，按妻子的吩咐到贵溪电厂小学接儿子，就在这时，一个急重病人被送进医院，需马上手术，于是，我不得不重新穿上白大褂，参与手术抢救，病人得救了。当我再赶到孩子就读的小学时，孩子却不见了。此时天上又下着瓢泼大雨，我只有向回家的路上找去，到我找到儿子时，他正顶着瓢泼大雨在艰难地行走。我看看表，他大概走了40分钟。望着雨中他瘦小的身影，我的眼泪情不自禁地流了下来。

2002年上半年，父亲“脑栓塞”住院，一直昏迷，我很难得陪上父亲两天，都是妻子、儿子整天睡在病房、吃在病房。直到病故时，我还在医院与职工一道为张文康部长来我院调研做好准备。当父亲闭眼离开人世的时候，我还在卫生院工作。

在农村卫生院工作的日月，这些让人躲不开又让人内疚的事是会经常发生的，也是难以避免的。一个萝卜一个坑，作为院长，这个做饼的芝麻还真少不了。可以走，可以躲避，医院还要吗？病人要治吗？医院要生存发展吗？就只20几个人，眼睛都盯着你。病人相信你，走了，病人就失去了精神支柱，说得责任重点，抢救病人时，院长就是堵枪眼的，要上！

改革与发展的目的，就是让农民能够得到低廉、方便、安全的医疗服务，让乡镇卫生院真正成为农民救病防病的好地方。不敢说我们做得很好，可以说，我正在做，已做到了。

农民贫穷是事实，往往会拖欠医疗费，其实大多数农民心中是有数

的，是能理解医院，理解医生的。

2002年8月的一天中午，我正在午休，值班的外科医生火速找到我，说有一位胃肠穿孔、感染性腹膜炎、感染性休克的患者，急需抗休克和手术治疗，如果不及时治疗，病人将有生命危险。然而此时，患者家属只带了200块钱。对于这样危重的病人来说，200块钱别说治疗，就是连输血也不够。时间就是生命，我们来不及多想，要先救病人要紧，医疗费用由我担保。经过3个多小时的抢救，病人转危为安。病人家属感动得泪流满面：“你是我们家的恩人，我保证不欠医院一分钱。”果然，几天后，他们把欠费全部补交了。

在农村卫生院工作这么多年，我深深地感受到：现在的乡镇卫生院的发展极不平衡，有的倒闭，有的被出卖，有的发展也步履维艰。造成这些情况的根本原因就是人才的缺乏。这不同于城市大医院的院长们，这儿的院长既要具备较强的医学专业知识，更要有扎根农村卫生事业、有为农民服务的责任感和使命感，还要具有一定的管理素质和开拓精神。

听着他的讲述，我想起了梨园界一句话，“一出戏救活了一个剧种”；还有企业家的话，“一个产品救活了一个厂”。我可以套来用一下，一个好医生或好院长可以救活一家农村乡镇卫生院。

贵溪市人民医院外科有个副主任，1988年毕业于江西医学院，2002年他放弃城市优越条件，到该市的罗河中心卫生院担任院长，在不到1年的时间，就救活了这家卫生院。我不敢用“呼吁”这个词，我可以用“证明”这个词，当代有志的医科大学毕业生到农村卫生院去工作，不是没有用武之地，而是大有作为。这儿提供了管理、科研、医疗诸多舞台，可以让你一展丰采，塑造自我。同样可以让你实现自己的理想，你和你的同伴都是希望之星。

5□一个人和一个时代

我找到她，是因为她当过赤脚医生，做过乡镇医生，又通过自己努力考取了中国名牌医学院中山医学院，毕业后分配在医学院附属医院工作。从住院医师干到主任医师，从助教到教授。通过她的经历，我们可以看到40多年来，我国医疗卫生事业的变迁与发展，她的名字叫吴星恒，1978年考入中山医学院，现任江西医学院一附院儿科主任，她同意与我对话。

1968年我初中毕业，刚满14岁，我爸爸妈妈都是医学院附属医院的科主任，自然是“臭老九”，要赶下乡。我父亲从事外科20多年，年近50，干临床医学这行，应是黄金时代。因为技术好，有点小名声，被打成了“牛鬼蛇神”，关在牛棚里。妈妈带着我和哥哥离开了省城，用一辆卡车，载人又载物，行走了一天到达了下放改造的目的地——永丰县龙岗公社龙岗大队车溪小队。哥哥比我大2岁，我们都属于“可以教育的子女”，一样要锻炼改造。

卡车进村时已近黄昏，看见四周墨黑的群山，我吓得哭了。哥哥很坚强，撅着嘴紧紧握着拳头，我看见妈妈眼圈是湿漉漉的，我很快止住了哭声。老表把我们领到一间有楼层的房前，说是2层，楼上从来没有住过人，楼上没有天花板，是农家人的仓库，用来堆放杂物的。楼梯没有扶手，没有沿，空空荡荡的。妈妈那年43岁，没走过山路，也没爬过这样的楼梯，这是第一次。我们也把杂物丢在楼上，我和妈妈睡一张床，哥哥搭门板睡地铺。我望着窗外，知道了什么叫“开门见山”。屋前屋后都是山，门口有一道山水流过。那夜很晚才安排就绪，3个人围着煤油灯，真不知明天怎样开始我们的生活。

我们注定要当农民，放牛、耕田、割禾，我们都要去干。我还只有14岁，又是女孩子，妈妈特为我担心。一天的颠簸，很累了，我和哥哥很快进入了梦乡。半夜的狗叫声把我惊醒，我发现妈妈还和衣躺着，煤油灯闪烁着昏黄微弱的光。妈妈还在为我担忧。夜深人静，门前的流水哗啦，显得特别响。那水从哪里来，流到哪儿去呢？

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第28节 用生命编织呵护生命之网(5)

第二天，大队长、大队书记来看我们。大队长说，村里要办合作医疗，要妈妈当赤脚医生，合作医疗站就设在我们家。陪同来的还有一个老农，职务是贫协代表。他说，他认识我妈妈，他孙女在县医院住院时，说是患了绝症，送到省城结果被我妈妈治好了，救活了。他说，他代表贫下中农欢迎妈妈，希望妈妈安心当好一名赤脚医生，为山区农民服务。妈妈提出了两个要求，帮忙把楼梯整修一下，让我留下来帮忙，消毒、打针、换药都要人做。队长爽快地答应了，自爸爸送进牛棚后，妈妈第一次露出了微笑。我们3个人立即行动，将棉絮搬上楼，睡地铺，楼下做卫生室。就这样，我开始了赤脚医生的生活。妈妈教我消毒、打针、换药，教我认识一些最基本的药品。我学会了采草药、扎针灸、拔火罐。还兼挂号、打针。挂号是每次5分钱，换药每次收成本费2角，出诊不收费。我记得有个烂脚的农民，在膝下胫前，我给他换了半年，开始收点费，后来分文未取，现在回想起来，这个农民可能患了糖尿病。渐渐和老乡们都熟了，我们才知道这儿是当年活捉张辉瓒的地方，许多老人都能清晰地回忆起那次战争胜利的盛况。那还是1930年的事，距今已有70多年的历史了。蒋介石对中央革命根据地发动“围剿”，那是第一次“围剿”，纠集了10万兵力。1930年的12月，蒋介石任命江西省政府主席鲁涤平当“围剿”军总司令，龙岗在永丰的最南，与兴国相连，峰峦重叠，山势险要。冬天常起大雾，对面闻声不见人。国民党第十八师进入了包围圈，从早打到晚，全师被击溃；接着，又打败了国民党另一个师。老乡说这一仗消灭了敌人1.5万人，缴枪1万多枝。那年（反“围剿”后的1938年），我还看见了墙上留下来的枪眼。我们一家人很快背熟了毛主席的这首诗：“万木霜天红烂漫，天兵怒气冲霄汉，雾满龙岗千嶂暗，齐声唤，前头捉了张辉瓒。

二十万军重入赣，风烟滚滚来天半，唤起工农千百万，同心干，不周山下红旗乱。”那时，农民很穷，很穷。蒋介石“围剿”时下令飞机狂轰滥炸，整个龙岗乡夷为平地，没有一间完整的房屋，山哪、水哪都被血染得透红。解放后，也就是50年代初，国家出钱，农民出小钱重建家园。贫下中农说，门上贴了“发扬革命传统，争取更大光荣”红对联的就是赤贫，没有的就是地主富农。

刚来时，那浓浓的雾飘在门前，飘进了我们的窗户，给了我们多少

迷茫和恐惧，读了毛主席诗词后，那雾是战斗中的硝烟，是舞台上的烟幕，给了我们多少遐想和期盼。我年纪小，幻想也多，总想到会从硝烟里走出一彪人马，唱着军歌；总想山前山后有很多战士，点燃篝火。然而，现实是严峻的。冬天到了，下起了大雪，四周静寂得听得到雪落地的声音，那时地球没有这么暖，山上积雪很厚，踏一步雪粒就埋没了脚背。我和哥哥背起了“北国风光，千里冰封”的诗句。浪漫不了几分钟，出诊考验着我们，真是爬雪山。爬雪山摔不死，最恐惧的是过结了冰的独木桥，桥窄，冰厚，根本无法行走。桥下是潺潺的流水，桥很高。半夜，听到敲门声，就得出诊，病人大都是孩子、老人，症状大都是高热不退，背着药箱就得走，解放鞋外再套一双草鞋，用麻绳紧紧捆绑着，拄着拐棍，戴上厚厚的手套。风雪扑面，走久了，背上湿漉漉的，流着汗，蒸着热气，寒风与雪粒扑打面部，钻心的痛。那阵子，我们心里真正地念着的是，一不怕苦，二不怕死，没有一点邪念，全心全意向贫下中农学习，接受改造，为他们服务。何况，风雪中贫下中农还在为我领路呢!贫下中农就是榜样，我们追求的就是要脱胎换骨。进了屋，诊断全靠听诊器，量量体温，测测血压。如果是肚子痛，我们怕是阑尾炎、胃穿孔、肠梗阻等外科疾病，一般都劝他们往乡、县里送。感冒高热就会留下治疗，这儿离县城太远了。想想看，从永丰到南昌的车票是4.80元，从龙岗镇到县城是3.50元。永丰到南昌乘车要五六个小时，龙岗镇乘车上县里要4个小时，我们住在生产队，到大队，再到公社（乡）还有几十里的路程。如果说时间就是生命，农民一旦发了急病，漫漫的山路往往就是他们的致命之地。

出诊返回，遇上家庭人口少，男人要留下来照护病人，只能由我和妈妈2人返回家中。有好些事让我难忘，一次是雪天，茫茫大雪盖住了来路，我们又没有留下返程的记号，出了病人家门就迷路了。我们在雪地里走呀，走呀，分不清东南西北，还真怕冻死在雪地里。我背着药箱，拉着妈妈，我们相互鼓励，相互搀扶。我们突然发现，在前方有对绿色的光，妈警惕地说：“狼！”我腿软了，几乎是双膝跪在雪地里。妈妈很冷静，说拿出手电筒。因为雪光反射，行路没用手电，可以省些电池。我拿出了有3节电池的电筒，一束光射了过去。我们没动，那边狼也没动，对峙着。急中生智，妈妈想起了酒精灯，风雪中点燃了手拄的棍，火光熠熠，狼跑了。妈马上反应过来，狼奔走的方向是向森林深山的方向，我们要反方向行走，我们纠正了路线，天亮才摸到家门口。

还有一次过独木桥。我从桥上掉了下来，幸好溪水浅，没有淹死，只被水中的礁石撞伤。我在床上躺了四五天，稍稍好一点，我就拄着拐

杖帮助妈妈拿药打针。那个年代赤脚医生出诊特别多，一是我们会定期出诊，二是农民觉得我们是来改造的，受教育的，叫我们出诊是应该的，喊喊我们就动脚已习以为常。

当了一年多的赤脚医生，医学知识提高了，认识的人也多了，还常到大队、到公社开会，也获得了一点外界的信息。那时一个大队有一部手摇电话，一个生产队才有一张《江西日报》。我们都不敢用收音机，一些人不懂，总以为知识分子会收听“短波”（那年月几乎将短波与敌台等同起来），我们与外界的联系方式就是看过了期的报纸，听公社书记作形势报告，听上海知青、南昌知青带来的“马路消息”，北京地质部的一些领导也下放在永丰县。地质部一位领导叫朱训，就下放在石马大队，一年后他调到永丰“五七办公室”。一年半后，妈妈也接到通知，要调到县医院，负责筹建小儿科。妈妈总放心不下我，一个女孩子，还没到成人，希望县里安排我进工厂。工人比农民要好上几百倍，不要靠劳力挣工分，每月工资不但可以饱肚子，还可以养家口。妈没敢多提，怕领导批评，甚至是批判：用知识向人民、向党讨价还价。我还在农村继续当赤脚医生。妈的医术有点名气，我也沾了光，妈走了，找我看病的人仍然很多。赤脚医生就只能做这么多事：说是看病，实际是对症发药，说穿了，就是一名高级点的药师。那时，注射器、针头都要自己洗，自己消毒，现在有了一次性医疗设备器材，村医可以不用消毒了，换药的消毒也只是用消毒水泡一泡，很少出诊。出诊费少，误时误工。现在的农民也知道到家治不了大病，有重病就直接往乡医院送。

通过妈妈的努力，我调到公社砖瓦厂当工人。全厂就只我一个女工，兼管卫生室。卫生室的工作是“红汞碘酒，擦了就走”，“头痛发烧，APC三包”，比赤脚医生好当，不用出诊。砖瓦厂工人不好当，烈日炎炎和泥，做砖，挑砖，上窑，出窑，两个字：累和热。和工人相处得不错，我被推荐读井冈山卫校，中专。两年后毕业分在恩江镇医院，这是一家乡卫生院。乡卫生院比村卫生所强多了，要开处方，医生开药，到药方取药，护士打针，各司其责。不像我在村子里眉毛胡子一把抓，什么事都一个人揽了。

这儿是乡政府所在地，有卡车、拖拉机。出诊归来，我们常会搭坐拖拉机。那种坐法很危险，或是拖砖、拖稻谷，往大队里大多拖化肥，高高的，摇摇晃晃的，当时年轻不懂危险，还自以为在享受当医生的特权。司机一般不搭带农民，搭带的大都是生产队干部、大队干部，我是乡医，也在优惠之列。一次返乡时，翻车了，哗啦啦，全车人都倒了下来。路窄，车开进了稻田，我就倒在稻田里。喝了几口泥水，没有摔

伤，靠在车尾的几个人不是断了手就是断了脚。同事们说，我大难不死不伤，必有后福。命运真应了这句话，1977年大学招生，我还没有勇气考，我只是初中毕业，妈妈和同事朋友们都鼓励我。1978年，我报考了，居然是全县第一，录取在中山医学院。我真是彻夜未眠，这年我24岁，也是我下放到农村整整10年，1978年的9月，我收拾背包，离开了永丰，真的，酸甜苦辣一起涌上心头。我没有像一些知青返城那样，迫不及待地离开，在这儿我度过了我的少年、青年时光，有太多太多的记忆刻在我人生的年轮上。我怀念那段日子，那是全民争阅《哥德巴赫猜想》一文的日子，那是全民欢呼“科学春天”来到的日子。那是大学毕业后还只拿月薪43元5角钱的日子，那是学俄语的人全都转学英语的日子，是我父母亲想减去10岁的日子，是铁饭碗闪金光的日子。

人手少，水平差，设备少，管理乱，应是那个时代的一个特点。大多数专家刚从农村返城，孩子、父母，甚至连爱人都未能及时安置，就走上了岗位，持听诊器、握手术刀、看显微镜，那真是夜以继日，毫无怨言，毫无倦色，方便面能填饱肚子，手术能成功，病人能平安出院就是幸福。没有谁去问过报酬。我父母他们都回到了医学院，没有助手，没有年轻医生接班，要承担医疗、教学、科研任务，要满足病人要求，惟一的办法是拖班、拖班、再拖班。没有半句怨言。她们下放农村七八年，返回工作岗位，有使不完的劲，释放不完的热量。回到家，躺下，才感到腰酸背痛，又坐上书桌，还要备课，还要写论文，要看新资料。十年浩劫，关门闭户，与世界隔绝太久太久，要学的知识太多太多，她们想用最新的技术为病人服务。我现在能当名称职的医生，要感谢我那段生活，我知道了农民的苦，理解农民的苦，也经历、饱尝了这种苦，懂得了爱，珍惜爱。我现在从事儿科专业，工作21年了，对农民的感情一点都没减退。凡是山区来的农民孩子，我总是怀着深深的同情。很多山区至今文化生活贫乏，生存环境较差，那儿营养不良、缺钙、贫血、腹泻的孩子还很多，许多父母外出打工，把孩子留给祖母照养、哺育，方法不科学，伪劣的婴幼儿食品，严重地影响了下一代的健康。每一次有机会下乡，我总会第一个报名。那10年的生活我回忆起是苦的，咀嚼是甜的。我完全赞成，也希望毕业的医学生能到村、乡卫生院工作一阵子，人的一生不光品味甜美，也需要品味一点艰苦。这是有好处的。

第三部分 办医：在永远织与补的日子里第29节 用生命编织呵护生命之网(6)

6省城大医院里的“农民院长”

他坐在我的面前，不经人介绍，根本无法判断他是一位妇产科专家、教授、医学院副院长兼附属医院院长，黑黝黝的皮肤，瘦削的身材，左看右看，上看下看，完全是一个农村村干部。2004年他荣获全国“白求恩”奖章，他叫易为民。我请他从毕业分配那年说起。

有一句话说得好，世界上没有无缘无故的恨，也没有无缘无故的爱。我也不例外，我对农民的感情，不是天生的，而是从小时候看到农民的苦、农民的穷开始逐步产生的。我出生在宜春县尧市乡上石村，那个地方很穷、很苦，是一个连牛车都很难进得去的小山村，没有村医，没有卫生所。祖祖辈辈务农，父母斗大的字不识一个，记工分靠的是画圆，半天画半个圆，一天画一个圆。我兄弟姐妹多，有12个，因为家里穷，加上山里缺医少药，一个个都先后夭折了，只剩下我和弟弟两个。我大约还记得，大哥是得了破伤风去世的；妹妹得了脑膜炎；有个姐姐高热惊厥人事不省，也夭折了。因为家里穷，父母盼望着早点富起来，就给我取了个好听的名字：福生，意思是希望我能过上幸福的生活。这是我对童年时期的印象。

１９６１年我考取了江西医学院。5年寒窗，毕业了，先分到县医院，没几个月，开始了“文化大革命”，把我分到杜市乡卫生院。杜市卫生院不算小，有职工40人，我觉得完全有条件当好一名医生。就在我准备在乡卫生院好好干的时候，我又被下放到更远、更偏僻的苟蒡大队，当了名赤脚医生。那里不通车，全靠两只脚，农民看病很不方便。有几件事触动了我：有一次，一个农民头皮破裂伤及血管，喷射出血，我刚毕业，不知道怎样缝合、结扎。头皮血运丰富，血流如注，我心惊胆战，只好找来一块纱布压着伤口，陪着这个农民步行了40多里地，到县医院清创缝合。又一件事，村里一个农民因疝嵌顿找不到车，病情危重，好不容易拦住一辆拖拉机，送到乡，送到县；手术是做了，病人却因肠坏死感染性休克，死了。沉痛的事实让我下决心进修外科。在进修的日子里，半年的时间我睡在手术室的值班房里，先是扫地、生火取暖。我当过洗手护士、助手，只要有急诊手术我都上，节假日都主动当班，只想多学点技术好为当地农民解决病痛。那年我被任命杜市乡卫生

院院长。这是我第一次当院长。那是地地道道的农民院长，我服务的对象统统是农民。

卫生院有房子、有人，却没有病人。每天的门诊量不足10人，长年累月病房里只有一两个病人住院，门庭冷落，人心涣散。我是杜市乡卫生院第一个本科生，全院职工都看着我。我还只是工作两年的年轻医生，怎样把这帮人的心聚在一起呢？

以身作则，带好头，要别人干，自己先干起，我当时就是这样想的。有一天，我被叫去出诊，是个妇女，大出血，面色苍白。我认真检查，确诊是不完全流产。要送到县医院没有汽车，要输血没有设备，生命危在旦夕。在大医院这种手术只是举手之劳，在卫生院却是棘手的难题。救人要紧，我叮嘱家属迅速把病人抬到卫生院输液，自己骑上卫生院仅有的一辆破自行车到10里外的白土中心卫生院借刮宫器材。半小时我就赶了回来，消毒、刮宫，血止住了，病人转危为安。这是我从医以来第一次手术。又一次，抬来一个肠梗阻的病人，血压都测不到，如果往县医院送，我可以不承担任何责任。但是，我知道，没有车就这样抬去的年轻人很有可能死在路上。怎么办？还是冒险救人！打开腹腔，肠子扭转，大部分坏死、发臭，肠切除、缝合，又一个病人起死回生。那个时候可以说是零点起步，白手起家，真是一段艰苦的日子。没有供应室，我进城买高压消毒锅，没有手术护士、没有麻醉师、没有护理员，我自己上，一切工作全是我“一条龙”服务。洗器械、打包、消毒、麻醉、术后护理，连静脉注射都是自己动手。手术器械是我背回来的，敷料药品是我买回来的，像小鸟做窝一样，一点一点地往医院衔。就这样，我用自己学来的技术，用以身作则的精神，用无声的语言把全院40多名职工紧紧地团结在一起。就这样慢慢地，杜市乡卫生院病人多了，住院病人大都保持在50人左右，胃切除、剖宫产、肠切除都可以开展。几十年过去了，往事历历在目。我回顾这一段历史，只是说，在农村，在条件艰苦的地方，还是可以为农民服好务的。我调到县医院那是后来的事。我只想告诉当代青年人要想干出一番成绩来，就得脚踏实地地干，我承认基层医院的差、苦，文化生活欠缺，我想越苦越能锻炼人，越能为农民解决问题。我并不希望这种艰苦状况持续下去，我们下去正是要改变这种状况。我一直在呼吁各级政府、各位领导关注农村卫生、关注农民健康。

我是１９７３年调到县医院的，报到的第一天，领导对我说：“在县医院干外科吧！这里病人多。”我觉得这话在理，又从住院医生干起，这是我第二次当住院医生。2年后，被任命为外科副主任。当年百万人口的

丰城县城，妇产科挂靠在外科，县医院决定增设妇产科。面对广大农村妇女，谁来白手起家，挑起这副重担呢？领导找我：“你干吧！”我当时也是有想法的，我是男性，干妇产科不适合，尤其是农村妇女不信男的，怕羞，再说我已是３２岁的人了，又从头学起，心不甘。作为医生，个人的愿望最好服从病人的需要。妇产科比外科更累更苦，风险更大，只要认真苦干，也许还真能干出一点成绩来。

就这样，我又成了一名妇产科的新兵。接生、剖宫产、宫外孕、子宫肌瘤手术。手术做多了，发现遇到难产手术都是通过腹腔进行的这种术式，手术时间长，感染机会多，术后肠道功能减弱，营养补充全靠输液给药，增加了病人的痛苦，更增加了病人的经济负担。到我这儿来生孩子的妇女95%都来自农村。能不能改变术式，简单一点，为病人减轻负担？我查资料、翻文献、找专家咨询。几经努力，我终于创新了一种新术式：“腹膜外层次分离剖宫产”。从1974年到1981年7年内，我完成了25例手术。1981年，我到省城宣读了论文，被同行专家认可。路子对了，我胆子更大了，到1987年底，我成功地完成了500例手术。这种新技术获得国家卫生部现代医学科技成果乙等奖、江西省科学进步一等奖。1987年，我被国务院授予“国家级有突出贡献的中青年专家”。当时包括北京、天津、广州、武汉在内的全国20多个省市100多家大中医院邀请我作示范表演，受到了同行的肯定。有些人奇怪地问，你一个县级医院的医生还能搞科研？还能获卫生部的奖？有人不信。的确，那个时候医院条件不好，惟一的优越条件就是病人多。妻子有病，弟弟病情恶化，老母亲累倒了，我顾不了那么多。我把自己的精力全部倾注在工作上。丰城县医院妇产科成立了、发展了，妇产科有了５０张床位。１９８４年，我被任命为丰城县医院副院长，这是我第二次当院长。干了３年院长，1987年我调进江西医学院第一附属医院妇产科，那一年我４６岁。

46岁，又要一切从头开始，又是做住院医生。我高兴的是，环境变了，服务对象没有变，医院住院门诊病人60％是农民。有一次，妇产科来了一个患子宫脱垂的农村病人。由于无钱医治，外露的子宫颈已经糜烂，身上散发出一股刺鼻的腥臭味，连患者的亲人都不愿靠近。我接治了这个病人，我发现，只要认真换药，不需花更多的钱。我每天帮病人擦洗换药，手术，使病人在短时间内康复出院。还有一个病人从县到市，从市到省，花钱不少，通过关系找到我，其实他的病很简单，我开了不到10块钱的药。他回去后，竟不相信，不敢吃，找了县医院的主任。县医院的主任也觉得奇怪，他就问，这是谁给你开的药，那个病人

讲是易院长给他开的，因为我是这个主任的老师，他告诉病人要相信我，最后吃了药，好了。病人十分奇怪惊讶，又十二分感谢。我是地地道道从农村来的，我知道为农民少花钱治好病，是我们应该做的事。

2000年3月，我接治了一个26岁患卵巢癌的病人，是贫困交加的年轻农妇。她已无力支付医药费，丈夫见是患了绝症，扔下50元钱再也不管了。我知道后，和全科同志一起为病友捐款，病人感激地说："天底下哪有这样的医生哟！又救命又出钱"，家属过意不去也回来了。其实这不是捐几十块钱的事，而是让贫困的病人感受到我们社会的温暖、人间的真情，感受到医生并非社会上所说的是"白狼"，是"割了肚皮割腰包！"医生是有人性的。

1994年，我任一附院副院长，1997年任一附院院长。当江西医学院一附院的院长不像乡卫生院、县医院的院长好当，那个时候可以通过苦干、实干凝聚人心。如果说那时是老黄牛的话，这次我就应该是领头羊。因为我这次管理的是一所在江西这个贫困老区的最大医院：床位935张，临床科室24个，年门诊量46.7万余人次，出院病人1.96万余人次。尽管最大，却只有一栋医疗楼，病人拥挤不堪，每天都得加床。外科有100张床位，从走廊加到厕所，加床率达到30%。有些小科室加床率竟达到50%，远道而来的农民要等几天才能住院，住院后又要等几天才能手术。怎么办？还得从改革入手：成本核算，节源开流，把医院发展放在首位。

当时大家对我有些怀疑，觉得我这个农民院长，只会管一亩二分田，算盘吊在脖子上打，像农民一样"小家子气"，能领导好这所大医院吗?我承认，我确实小家子气，但是，没有钱的日子，不小家子气行吗？大手大脚花大家的血汗钱，那就太不负责任了！上任后，我心里就想要建一个较为现代化的园林式医院。让农民也能享受享受。住不起城里的大宾馆，住几天我们的医院也好。既然要让农民住得起，首先得考虑住宿费。从１９９７年开始，先后盖了门诊大楼、外科大楼、感染大楼、肿瘤大楼、内科大楼，基建花了２个多亿，国家给了２８００万。我对大楼图纸最关心的是农民住哪里？普通间的病房多少钱一天，6个人一间多少钱，按江西农民现在收入能否住得起？要现代化，要超前，但不能忘了贫困百姓，不能忘了老区的农民。有人笑我满脑子"农民意识"。我没有更多的解释，也不必解释。

建立起外科大楼开放床位620张，手术室25间，手术室可同时容纳30台手术，手术难的瓶颈问题得到了缓解；现代化的感染大楼多次得到

国内知名专家的称赞和好评：其设备、设施都是全国一流的。尽管开放床位是１００张，由于江西肝炎病人多，经常是“爆满”，病人住院还常常要排队；肿瘤大楼２００张病床，其设计装备都是一流的；内科大楼开放床位650张，全院病床增加到１６００张。有60%病床为平价病床，农民住得起，我放心了。当一个个农民兄弟住进了这花园式医院，我真高兴。现在，农民来住院不要等了，外地农民入院后第三四天就可以开刀了。医院发展了，收入增多了，我把医院收入的大块投入了再生产，中块用于科研和教学，还有一块用于福利奖金，2002年的奖金发放比1997年增加了3.3倍。2003年职工的收入更有所提高。病人住院条件改善了，医务人员工作环境改善了，行政人员办公条件改善了。

第二是为农民解决医疗费过高的问题，不能把医院的发展建立在多收费、乱收费、滥收费上。1997年做B超检查，肝脏是20元/个；2003年仍然是20元/个，肌肉注射1.5元/人，5年后还是1.5元/人。为了降低病人医疗费用，我的做法是：一是全院医务人员坚决按国家规定的标准收费，减轻病人的负担。二是严格规定全院医生坚持合理用药、合理检查。能用一般药物的决不用昂贵药物，能用一般仪器检查的决不用高档仪器检查，不该收的钱一分也不能收，用每天连台手术的方法来加速病床周转，缩短病人住院天数，减轻医疗费用。对开大处方歪风，用严格的纪律和制度去制止、杜绝。每个科室都制定出药费比例的指标，超过指标，按比例扣除当月奖金。有一个科室连续2个月药费收入超出42%的规定，医院扣除了该科室的奖金。2002年医院药品收入占总收入的比重较1997年下降10.5%，药费低了，农民看病便宜一些了。我们院门诊量和住院病人日益增多，全院床位使用率长年是95%~115%之间，一直处在饱和状态运转。我想，当医生就要用好技术为农民服务，当院长就要用好的医院，组织好、领导好一个优秀的群体为农民服务。

我一生的愿望就是做一个好医生，做一个为农民服务的好医生。几十年来，一直实践着这个愿望。我的农民病友也一直记挂着我。记得刚调到南昌不久，一个杜市乡妇女拎着一篮鸡蛋，处处打听我的住处。同事还以为是求医的病人。原来这是我在做乡村医生时救治的一个小孩，她大了，结婚了，做妈妈了，无论如何要送一筐红蛋给我尝尝。她说，能有今天，能做妈妈，她的命是我给的，乡下人没钱送红包，几百里路送来一篮鸡蛋表达情意。你想想吧，听完她的话，还有什么荣誉、什么表彰、什么权力能比得上父老乡亲这一片真情呢？

我是农民的儿子，农民是我的衣食父母，这种感情，永远也改变不了。在北京领“白求恩”奖章期间，有的记者问我，为什么你不管在哪

里，在哪个岗位上，心中都一直放着农民呢？为什么大家称你为农民院长？我说，在中国，在江西这样一个农业大省，在这样一所80%以上住院病人是农民的医院，心中不放农民，放什么呢？我乐意大家叫我“农民院长”。

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第30节 一直延续到今天的恶战(1)

七律二首

送瘟神

1958年7月1日

读六月三十日《人民日报》，余江县消灭了血吸虫。浮想联翩，夜不能寐。微风拂煦，旭日临窗，遥望南天，欣然命笔。

其一

绿水青山枉自多，华佗无奈小虫何！

千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌。

坐地日行八万里，巡天遥看一千河。

牛郎欲问瘟神事，一样悲欢逐逝波。

其二

春风杨柳万千条，六亿神州尽舜尧。

红雨随心翻作浪，青山着意化为桥。

天连五岭银锄落，地动三河铁臂摇。

借问瘟君欲何往，纸船明烛照天烧。

——毛泽东

健康是为我们的事业和我们的福利所必需的，没有健康，就不可能有什么福利，有什么幸福。

——约翰·洛克

一直延续到今天的恶战

1□被忘却的一种病

2003年7月，迎来了抗击“非典”的胜利。同时迎来了历史上的酷热高温。

7月底8月初，摄氏39℃以上的高温持续炙烤着每个南昌人。医院急诊科、小儿科爆满，中暑、发烧的病人接踵而至，救护车日夜呼啸。

40多岁的程女士不幸加入了发热的行列。送进了市级医院，例行查血常规、尿常规、大便常规，白细胞升高，抗菌素例行经输液瓶溶解后流到血管里，先锋霉素、氧氟沙星，每夜注射一支热可平，初步诊断是呼吸道感染。天气的高温和人体的高温都冲过了40℃。用激素如用空调一样，暂时让人体温下降，稍感舒服。扩大会诊，转到医学院附属医院，怀疑是血液病（俗称血癌类的病）。做了骨髓穿刺，做了CT、B超，血液生化、血常规，那是反复地做。病人急、家属急、医生也急，怎么就查不出一个子丑寅卯？是没有发现的怪病？是变异的“非典”？紧张，焦虑。

有人建议转北京协和医院或上海瑞金医院，有人建议网上会诊。一个偶然的机会，一个基层医务工作者来看她，详细询问了病情后，他突然提出做大便孵化，有可能是急性血吸虫病。果然，程女士患的就是这种病，这个基层医务工作者曾是血防工作人员。诚如演员赵本山咯血，几家大医院大专家诊断为肺癌或肺结核，偶遇一位朋友说，可能是肺吸虫。于是，死刑就即刻远离。

无独有偶，江西省儿童医院收治一例来自农村的12岁的发热男孩，白细胞升高，高档大量的抗菌素制服不了高温，骨髓穿刺未见异常，初步诊断是败血症。经多次扩大会诊，才有人问：有没有可能是血吸虫病？

程女士是花费了近1万元的医药费用后才转到血防站住院治疗的。那个来自农村的小男孩也花去了几千元才走向正确正规的治疗。经济上、肉体上、精神上的损失我暂不进行讨论。我想说的是，这种曾经严重危害中国老农民的血吸虫病怎么会让医务工作者忘记了呢？而且是几所大医院、几位老专家，而且这些医院、这些专家离疫区也只不过50多华

里，是他们业务水平不高？是设备技术落后？非也!是对血及虫病的警惕失落了。诊断不难，有疫水接触史，发热，腹泻，肝脾肿大，末梢血嗜酸性粒细胞增多，进一步查大便，做环卵沉淀试验，就可以确诊了。血吸虫病的治疗已进入规范化。

这两例典型的误诊已由江西省新建县血防站站长胡位陈主任医师撰写论文，发表在2004年《中国血吸虫病防治》杂志上，可以说，这样的误诊在当前疫区极具有代表性。至少说明2点：一是血吸虫病的复燃和蔓延；二是一些医生对这种病忘却了、陌生了。

就在这年夏天，我在南昌豆花餐馆遇见一个从余江县来打工的小姑娘。“非典”刚过，被困的心像飞出笼的小鸟，停在哪儿都会唧喳地叫几声。自然聊起抗击“非典”后的喜悦，谈到瘟疫，自然背起毛泽东同志著名诗句：“借向瘟神欲何往，纸船明烛照天烧。”我问她，你能背吗？她笑得很美，轻轻地说：“不会。”“送什么瘟神，你知道吗？”我又问，她摇摇头。别人摇摇头可以，她摇摇头，我诧异了，遗憾了，不悦了。这首诗就是写余江的呀！

我不信，余江县年轻人会不知道这首诗，这件事。岁末我到了余江县，在城街头，我询问了几个年轻人，他们几乎都惊讶地反问我，还知道那些陈谷子烂芝麻的事干什么？什么灭血吸虫？毛泽东同志写了什么诗？那是纪念馆讲解员的事，她们的职业要求她们顺背倒背。一个家住邓埠的青年农民爽直地对我说，我长大后见到的是大人都在忙于赚钱，忙于到外地打工，哪还有空去回忆那些不愉快的事。一个年轻的干警工作在春涛乡，他也坦诚地与我交谈：其实纪念馆离我们家很近，从小到大，就没去参观过。我们年轻人感兴趣的是未来是明天。他们反问我，你看过余江的余雕吗？鹰潭市没有，全国都没有，世界也没有。

余雕已成了余江人的骄傲，余雕已成了全国木雕行业的龙头，饮誉五洲四海。他的领头人叫张果喜，德国、日本都有他的公司，他以出色的成绩被天文界将国际编号3208的小行星命名为“张果喜星”。他的名字，他的企业，和他的产品一样享誉世界。余江人当然喜欢谈自豪的事、骄傲的事，谁还愿把“瘟疫”再抖动起来呢？张果喜生于1952年7月6日，属龙的。那正是血吸虫肆虐的年代。他赶上了消灭血吸虫的好时代，尽管那时没脱贫，没钱去读书，没念完小学他就当了学徒，他健壮的体魄、他聪敏的头脑，使他获得生存的本领。他又赶上了好时代，在第三个龙年他当上了木雕厂的厂长了。健康、智慧、机遇成就了他。我可以这样问一句：如果没有消灭血吸虫，如果血吸虫病还在传播，他的

事业与他本人会不会受到血吸虫的伤害呢？

2003年的初夏，余江邓家埠水稻原种场河西学校二年级学生，8岁的洪嗣之在爸爸洪军华陪同下骑车从南昌出发经历了57天，到达拉萨布达拉宫前的广场。他父子俩在3000米高原上，登车以每日127公里的速度行驶，对于8岁的小孩子是一个奇迹。

50年前，余江邓家埠是血吸虫的重灾区，1958年前该场有螺总面积占全县有螺面积的16.94%。1957年为灭螺，将10.5亩水田改为旱田，43亩藕塘刨土改造。血吸虫消灭了，血吸虫病治好了，百姓们安居乐业了。今天洪军华、洪嗣之父子的名字不停地在报上转载，读者都在为他们父子的精神、体魄惊叹之时？有没有人去想一想他们父辈生活在疫区的那段日子?是他们的父辈改变了那段日子，才有了今天，才有了今天欢乐的余江。我徜徉在余江县城街头，听到春风一样的笑声，看到花一样的笑容，我不能不去想，想过去，想今天，想农村，想农民，想血吸虫，想血吸虫病和与血吸虫战斗过的人们。

2□毛泽东与余江

余江县位于江西东北部，浙赣线上，古称安仁县。民国三年（1914年）改名余江，县志载：“余江今县名。民国以江西安仁县改置，县在余水之滨，有余江，故名，属江西豫章道。”改革开放前90%人口从事农业，无论从经济实力、交通位置、人文地理、名胜古迹，世人都很难认识和了解赣东北的这个贫困小县。

2000年春天，我为完成“贫困致不良习惯与疾病关系”课题，来到这里。县城不大，出汽车站，半里路有座宏伟的纪念馆，高大的立柱、宽敞的台阶显示了这座建筑物的气势。一个阳光明媚的上午，我来到纪念馆大门前，驻足耸立，仰望着，这座纪念馆是为了纪念一个人，纪念一首诗，纪念一个伟大的创举，一件伟大的胜利而修建的。它的名字叫：送瘟神纪念馆。

《送瘟神》是毛泽东同志于1958年7月1日晨写的一首七律。被称之为瘟神的是一种命名为血吸虫的寄生虫所致的疾病，叫血吸虫病。正是因为这种病，这首诗，及这种病在余江县的消灭，使余江县举世闻名。国内外学者到这儿来取经学习，游人到这儿来参观访问，墨客骚人为之写诗作画，讴歌赞美。于是有了电影《枯木逢春》，有了话剧《换了人间》，有了文集《春满余江》，有了一篇篇关于“血防”经验的论文，有

了许许多多的身影和接踵而至的脚步。

我拾级而上，走进了送瘟神纪念馆。

那是22年前，为纪念毛泽东同志《送瘟神二首》诗篇发表20周年，国家卫生部和江西省卫生厅拨款55万元在余江县兴建了这座宏伟的建筑。馆内陈列着历年的史料，展现了新旧两个社会的容颜和送瘟神的战斗历程。人疫之战的一根红线在我眼前飘动着。

在一张照片前，我停步凝望。

那是一张极普通的照片：画面无人，只有1张书桌、1把藤椅，书桌上是台灯、笔筒、砚台、纸张；书桌前方是一扇透明的落地大窗。窗外依稀可见几株小树含苞吐绿。照片的题目是：毛主席在这间房里写作《送瘟神二首》。

1958年6月30日的《人民日报》登载了通讯《第一面红旗——记江西省余江县根本消灭血吸虫病的经过》。那天，毛泽东同志正在杭州，他老人家素来重视报纸，素来要读当天的报纸，尤其是钟情于《人民日报》，几乎每个版面都要细看。这篇文章不在头版头条，翻开二、三版，有评论员文章：《反复斗争，消灭血吸虫病》。往下的文章是《血吸虫病防治工作高速发展》，再往下才是《第一面红旗》，副标题的字不大，却吸引住了他老人家的目光，读罢，他对身边的工作人员连声说：“好，好，全国都这样该多好啊……”

那夜的月光一定如流水般静静地泻在那含苞吐绿的树叶上，穿过枝丫闪闪烁烁地洒满一地。日理万机的他，处理了许许多多国事后，那篇关于余江县根本消灭血吸虫病的报道又浮出他的脑海，他一定夹着一枝烟在窗前踱步，窗外静寂，心潮难平，浮想联翩，遥望南天，他老人家会想些什么呢？仅仅是为余江县消灭血吸虫病而高兴吗？仅仅是想到“甩掉了东亚病夫”的帽子吗？

惯于在深夜工作的他，会不会在那盏台灯下，摊开地图找到余江县，找到离余江县城最近，受害最重的蓝田畈呢？

也许他从没听过蓝田畈的民谣：“蓝田畈的禾，亩田割一箩”；从没见过蓝田畈的农民的病态是：“身无三尺长，脸上干又黄，人在门槛里，肚子出了房。”他深知道血吸虫病的危害。

余江县荐头村原是500多户，2200多人的大村，后来由于患了血吸虫病，家破人亡，到20世纪50年代初，只剩七八户人家，共24人，由村变成了组。马岗乌钦底村12户人家，10余年见不到尿布，听不到婴儿的哭声。县志有这样的记载："上黄府，下黄县，乌钦底金銮殿。"可见当年乌钦底的威望和繁华。余江县受害的疫区被血吸虫病夺去生命的有2.9万人，毁灭村庄42个。

第四部分 疫灾：网破"疫"漏，生命赤裸着面对死亡第31节 一直延续到今天的恶战(2)

建国初期，被血吸虫危害的县乡村又何止一个余江县。当时，血吸虫病已危及我国长江中下游流域12个县，381个县市。尤以洞庭湖、鄱阳湖、太湖周边县市严重。根据史料记载，江西省南昌县蒋巷镇严家村是鄱阳湖畔的一个古老村庄，百年前有700余户人家，约2500人，解放初期剩下24户86人；进贤县二塘乡官溪村、梅庄镇新塘村、三里乡金坑、健武等村在清咸丰八年（1857年）号称千烟大村，建国前夕，也只剩下几十户人家。解放前30年，血吸虫在南昌市曾经毁灭村庄150个，灭绝户数9291户，死亡人数44632人。

远离长江流域的福建省也深受血吸虫病肆虐之苦。福建省沿海14个县市均遭血吸虫危害过。以福清市为最严重，当时有"见沟有螺，无水不疫，十年九旱，十人九病"的形容。20世纪50年代调查资料显示，全省有242个乡镇流行血吸虫病，钉螺面积近3000平方米，病人近7万人。疫区因该病的严重流行而毁灭的村庄达286个，死绝2714户。

安徽省曾有363个村庄因血吸虫病暴发流行而毁灭。当时受到血吸虫病威胁的人数占全国人口的1／4，即1亿人，其中98％是农民。余江县只是一个缩影而已，穿过历史的烟云，他老人家一定看到了"千村薜荔人遗失，万户萧疏鬼唱歌"的惨景。

毛泽东，这位中国农民的儿子，这位中华人民共和国的缔造者，无时无刻地想到农民、农村、农业。他为农民的健康心痛，为农民生活的艰苦心焦，为农民的富裕和中国农业的发展心急。农民没有走富裕之路，"绿水青山"也"枉自多"。

为了能使广大中国农民走上致富之路，他呕心沥血、鞠躬尽瘁，花了比处理其他任何经济问题都多的心血。为了中国农民的健康和医疗问题，他同样是呕心沥血，鞠躬尽瘁，从号召"消灭血吸虫"到制定"预防为

主”的卫生工作方针；从“合作医疗”到“把医疗卫生重点放在农村去”的指示，无不倾注了他对农民特有的深厚的质朴感情。

1955年，也就是解放后的第6个年头，社会主义建设高潮正兴起，百业待兴，毛泽东同志亲自来到血吸虫疫区视察。疫区的患病农民哼着这样的顺口溜：“锄头两斤铁，拿在手里就想歇，下田扶根棍，不到田头就想困。”种上的庄稼“好就两人扛，不好一人驮”。“有就收，就丢。”

白云下的金色稻田荒芜了，草洲上的牛羊沉寂了，看不到夕阳下牧童横骑牛背回家的景象，听不到晚风里鸭鹅引颈戏水的欢歌。“疫区农民苦，肚子大如鼓”在疫区农家乐已是荡然无存。血吸虫病的流行摧残了农民的身体，严重地破坏了生产力，阻碍了农业的发展，扫荡了农村的繁荣。他老人家发出了指示，卫生部要把消灭血吸虫病作为当前政治任务，同时发出了“一定要消灭血吸虫病”的号召。

1956年2月27日，他在最高国务院会议上又一次强调要“全党动员，全民动员，消灭血吸虫”。根据毛泽东同志的提议，党中央专门成立了血吸虫病防治领导小组，负责全国的血吸虫病防治工作，各市县都成立了相应的组织，简称“血防”（只到1986年才移交国家卫生部领导）；并把消灭血吸虫写进了《1956年到1967年全国农业发展纲要》：“1956年起，在12年内，在一切可能的地方基本上消灭危害人民最严重的疾病，例如：血吸虫……”

20世纪50年代初威胁中国百姓健康的疾病并非只有血吸虫病一种，还有一直肆虐着中国百姓的疟疾。一直到现在，疟疾还是阴魂不散，世界上每年发病人数为3亿，死亡270万。还有旧中国留下来的38万麻风病人，为了防止扩散传播，急需正规治疗和管理。还有梅毒，在沿海的大城市，解放初期，梅毒的发病率高达4.5%到10.1%。还有“十痨九死”的肺结核令人提心吊胆，仅南京市解放初期就有2万～3万肺结核病人，到1964年，在南京仍居死因的第5位，1974年居死因第6位，1985年居死因第8位，至今尚未出前10位。就全国而言，每10万人中就有5000人患肺结核病，其中死亡250人。局部地区还有霍乱、伤寒、小儿麻痹症。

毛泽东同志为什么这样关注血吸虫病呢？

虽然我无能去揣度一个伟大的思想，但我们都知道这样一个背景：

那是1949年7月30日，美国国务卿艾奇逊就《美国与中国关系》的

白皮书写信给美国总统杜鲁门。信中说，人民吃饭问题是每个中国政府必然碰到的第一个问题，一直到现在没有一个政府使这个问题得以解决。毛泽东同志在不到两个月的日子里，即当年9月16日便写出了一篇文章给予批驳。题目是《唯心历史观的破产》，他在文章中说："按照艾奇逊的说法，中国是毫无出路的，人口有了四亿七千五百万，是一种'不堪负担的压力'，革命也好，不革命也好，总之是不得了。"毛泽东同志在文中的回答是："中国人口众多是一件极大的好事。再增加多少倍人口也完全有办法，这办法就是生产。"毛泽东同志宣称："革命加生产即能解决吃饭问题。"就在这篇文章中，他写下了这样的名句："世间一切事物中，人是第一个可宝贵的。在共产党领导下，只要有了人，什么人间奇迹也可以造出来。"他宣称："我们相信革命能改变一切，一个人口众多、物产丰盛、生活优裕、文化昌盛的新中国，不要很久就可以到来，一切悲观论调是完全没有根据的。"

虽然那时没有出现或流传"健康贫困"（Health poverty）和"能力剥夺"（Capacity deprivation）这两个词汇，我们都明白毛泽东同志所说的"人"是体格健康的人，决不是患病卧床不起的"人"。只有这样的人才能创造出人间奇迹。健康孕育着幸福的未来，农民的健康孕育着农业的发展、农村的发展。不敢说，血吸虫病是农村的"专利"病，是农民的"职业"病，但绝对可以说血吸虫病患者95%以上是农民，血吸虫病的流行和暴发区主要是在农村水乡。在疫区，插秧割禾，捕鱼捞虾，采菱挖藕，荡舟行船，防洪排涝，挖沟建渠都有可能染上血吸虫病。毛泽东同志选择了"一定要消灭血吸虫"就是选择了关注农民，关注农村，关注中国农业的发展。

就像过去他指挥任何战役一样，他选择血吸虫病为突破口，通过消灭血吸虫病带动消灭其他危害人民健康疾病的工作。

毛泽东同志从来就相信人民的力量，相信在中国农民心中蕴藏着巨大的能量，相信巨大的能量一定能通过"全党动员，全民动员"用打"人民战争"的形式迸发出来，相信人民战争一定会赢得消灭血吸虫病的最后胜利。

1958年5月，余江县灭螺治病的成绩通过了专家们的验收。1958年6月5日中华人民共和国卫生部给中共余江县委防治血吸虫病五人小组发来了贺电，电文是：

接五月二十五日来电，收悉你县消灭了血吸虫病，使全县人民永远

摆脱了血吸虫病的危害，特向你县全体人民热烈祝贺。你县在与血吸虫病作斗争中取得了巨大成就，为各血吸虫流行地区树立了榜样，希望你们总结发扬防治血吸虫病的经验，进一步发动群众做好除“四害”讲卫生，并在消灭其他危害人民的疾病上，取得更大的胜利。

中华人民共和国卫生部一九五六年六月二十六日于北京

当代年轻人也许无法理解一个伟人心系余江的情怀，无法理解一种病，一种小小的血吸虫会牵动一个伟人的心，无法理解这场人疫之战的重要性。也许经历过这次人疫之战与经历了抗击“非典”之战后，对领袖与百姓关系的理解会更加深化。

余江县人民是这场人疫之战的先锋，他们率先攀上了制高点。他们的胜利又一次证明毛泽东同志的论断是正确的，“人的因素第一”，只要有了人什么事都能办成、办好！什么样的人间奇迹都可以制造出来。“人民战争”已注入到我们的血液里，成了我们老一辈人的基因一代一代地遗传着，“红雨随心翻作浪，青山着意化为桥”。如同生命的语言诉说历史，诉说辉煌的年月，也诉说如何开拓未来。

3	人民战争迎“恶战”

在中国古代史书上，凡传染病均称为疫。霍乱、天花、鼠疫、疟疾、流感、伤寒、梅毒、麻风、肺结核及现代的艾滋病都在瘟疫之列。“非典”是疫，血吸虫病也是疫，今天“非典”的传播，危害预防的知识已做到了家喻户晓。在血吸虫病流行和号召消灭血吸虫病的年代，没有电脑，没有电视，没有普及电话，报纸杂志种类少，发行量和发行面有限，知识的传播是困难的，老百姓对血吸虫病的认识是肤浅的（消灭预防各种传染病的最有效办法就是普及该传染病的知识，学会自我保护）。在那个年代要达到让农民愿听、愿学，能懂能做的目的，是要费一番心血的。

血吸虫病的传播途径是，感染了血吸虫病的人或畜生的粪便污染了水，粪便中所含有的血吸虫卵在水中孵出毛蚴，毛蚴在水中游动，主动地钻进钉螺，在其内寄生发育成母胞蚴，钉螺称为中间宿主。

通过无性繁殖，产生子胞蚴，再经过一次繁殖产生大量的尾蚴，钉螺随水漂动，尾蚴随水扩散，尾蚴离开钉螺可以在水中自由游动，只要与人皮肤接触10秒钟就会钻进人体转变为童虫。经过一定时间生长发

育，最终在肝肠附近的血管壁内定居寄生发育为成虫。雌雄成虫结伴合抱交配产卵，每条虫每天可产卵2000～3000个。虫卵又排出，这就是血吸虫的一生。有毛蚴的钉螺称动阳性钉螺，凡有阳性钉螺的水域都称为疫水。在疫水中插秧、洗澡、捕鱼、嬉戏都有可能感染上血吸虫病。

要消灭血吸虫病就要消灭血吸虫的传播环节——中间宿主——钉螺，灭螺是消灭血吸虫病的关键。

钉螺是一种水陆两栖动物，长约1厘米，寿命1年左右，一年可以产生几百个卵。

钉螺能消灭吗？余江人是怎样灭螺的呢？

往事是不应该忘却的，往事并不如烟。

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第32节 一直延续到今天的恶战(3)

血吸虫病不是中国人的专利。据世界卫生组织1993年估计，全世界约有31亿人口所在的74个国家和地区有这种病流行，6亿人生活在流行区，其中约2亿人受到感染，每年死于血吸虫病的人数达几百万。日本曾是受害国。他们是从1950年开始灭螺治病工作的，日本国经济发达，财大气粗，全国疫区实施混凝土填埋工程的5年计划。方法是对沼泽地和湿地等适合钉螺孳生的地带进行填埋和加固，修筑能使地表保持干燥的工程，如游乐场、高尔夫球场、仓库，水道全改修成混凝土，加固堤防，这项计划一直持续到1979年。多年来，日本境内再也没有新感染的血吸虫新病例发生，也找不到感染的钉螺，连活着的、未感染的钉螺也极难发现。1977年，报告最后一个新发现的病例，迄今几十年，未再发现任何人、畜和野生动物感染。1996年日本已向世界卫生组织提出申请，要把日本从世界血吸虫病流行国家名单中除去。

我国是一个农业国，血吸虫病疫区面积很大，大都在农村，受威胁的人大都是农民。湿润的农田、纵横的沟渠是农民的命根子。灭螺不能减少耕地，填沟不能少了灌溉，每采用一种办法都要考虑到农民的利益。解放之初，国家贫穷，科学滞后，卫生知识尚未普及，医疗卫生条件落后，要钱没钱，要物没物，照搬日本国的方法，显然不适合国情。

让每个疫区的每个农民都知道为什么要干？为谁干？干什么？怎样干？怎样才能干好？让每一名干部、每一名医务科学工作者都能和农民

一起干，把医学知识送到每户每个人身边。这是可以办到的。国外用汽车，我们用牛车，国外用机器挖，我们用锄头挖，愚公移山的精神，海枯石烂的决心，人民战争的号角就这样吹响了！

我查了余江县血防志，从1955年冬到1958年春，在这3年的冬春季节里，结合兴修水利共发动了3.6万多人投入灭螺战斗，做了231万个劳动日，填老沟347条，长382华里，开新沟87条，长334华里，填旧塘503口，搬动土坊416万立方。这种方法叫“开新填旧”即开新渠填旧渠，用于灭螺。

其技术操作规程是，先清沟岸塘畔的荆棘树木，铲下表层有螺的草泥，厚度为15cm～20cm，推入沟底，再从无螺区挖来旱土填入旧沟打实；若要开新渠则另选地方，一定要与旧沟保持一定的距离。新旧沟偶有交叉，要对旧沟进行彻底灭螺处理。

灭螺的方法还有：药物灭螺（当时使用的是砒酸钙、茶枯），水田改旱田，不种水稻，改种黄麻、红薯、大豆等各种旱作物。发动群众查螺检螺。20世纪50年代南京市少先队员带着一双筷子到郊区农村捡螺每次都是一竹篮，湖南沅江市的百姓捡螺最多一次有10吨。

与灭螺工作同时进行的是治病治牛，疫区饲养的家犬全部宰杀。

能想像出千军万马齐上阵的那壮观场面吗？红旗飘飘，口号声声，挑灯夜战，男女老少，争先恐后，那么长的沟渠，那么多的土方，全都是肩挑手挖干出来的，田间河埂的钉螺是一个个低头弯腰寻找捡出来的。

有条件要上，没有条件创造条件也要上，奇迹就是这样创造出来的，神话就是这样书写出来的。“人民战争”确实能够做到前人无法或不敢想到的事。

余江县为全国疫区灭螺治病树立了一个榜样。

消灭血吸虫病的第一面红旗就这样高高举起。

还是那个月光如水的夜，已是旭日临窗，思绪不断，毛泽东同志写诗毕又挥毫给胡乔木写了一封信：

乔木同志：睡不着觉，写了两首宣传诗，为灭血吸虫而作，请你和

《人民日报》文艺组同志商量一下，看可用否？如有修改，请告诉我。如可以用，请在明天或后天《人民日报》上发表，不使冷气，灭血吸虫是一场恶战。诗中，坐地，巡天，红雨，三河之类可能有些人看不懂，可以不要理他，过一会，或须作点解释。

毛泽东七月一日

毛泽东把消灭血吸虫定为是一场恶战，一定是想到了它的艰巨性和长期性，一定是想到我们这场人民战争用的方法仍然是“小米加步枪”，想到了瘟疫的变数。

千百年来，人类与瘟疫进行着一场又一场搏斗，每次瘟疫流行都改变了人类社会的进程，改变了人类的一些行为，可以说，场场次次与瘟疫的搏斗都是恶战。从千百次的恶战中走过来的人类都各自有着自己的感受、理念和处置的方法。2003年曾与“非典”的那场遭遇战，在农村，我看见农民敲着锣，唱着预防“非典”的民歌和快板，自然会想起毛泽东同志亲自发动的消灭血吸虫病的那场恶战，想起那激动人心的一幕又一幕。

4往事并不如烟

余涵是1951级的江西医学院毕业生。1954年夏末长江洪水泛滥，灾情刚过的9月他就被派往灾区参加医疗工作。九江地区星子县是血吸虫病疫区，他编写了许多顺口溜、快板宣传普及卫生知识，这是其中一段：“打竹板，请安静，听我讲讲血吸虫病。血吸虫，害人精，钻进人体就要命。大便里面藏虫卵，钉螺里面来寄生。排出尾蚴千千万，浮在水里专盯人。吸人血，伤人肝，让你骨瘦如柴活不成。……”

念这节快板时，大概又把他带回那段日子了吧。

白天，我背着急诊箱到地头田间发药，箱子里放着一副快板，只要人多，我就会掏出快板喊上一段。在旷野里，作古正经地说农民不愿听，也听不清。那时的农民不像今天这样见多识广。讲“非典”，讲冠状病毒，讲发热高烧，讲隔离，都还能懂。那时，刚解放，85%的农民是文盲，大都没有出过村，识文断字的也只是念了两三年私塾，完全可以用迷信愚昧来形容。得了病他们说是风水不好，命不好，祖上没积德，遭报应。连血吸虫3个字都没听说过，只知叫“大肚子病”、“黄脸病”。到了晚上，仓库、祠堂里人头攒动，家家户户都会来听宣传。说实话，农

民来的真正的目的是看“西洋镜”。穷乡僻壤，没见过放幻灯，更没听过留声机。医生、血防队员、医学生和农民融成一片。就如谈家常一样，把知识教给了他们。我们还把显微镜搬进祠堂，抬上街头，当场免费为农民查大便，现场教育，让农民自己看大便里的虫卵。开初，农民总以为医生是在变把戏蒙骗他们，通过放“土电影”，听留声机，从好玩中获得了知识。后来，开始试着治病，治好了病，农民才心服口服，才明白了管理粪便，消灭钉螺的重要。

现代年轻人完全无法想像当年灭螺工作的艰巨和困难、危险和劳累、原始和普通。人流滚滚，红旗飘飘，口号声声，歌声阵阵，那浩大的声势，充满了吸引力、冲击力和诱惑力，有谁愿意袖手旁观呢？

灭钉螺的方法很简单，肩挑手挖，埋旧沟旧渠旧塘，开新沟新渠新塘，新沟新塘里发现一个钉螺都要推倒重来。我和同学们都年轻，每个人心中都深藏着强烈的对人民、对党、对政府负责的高度情感，日夜奋战，希望坚持工作，不去考虑保护自己。总觉得过多地保护自己是羞耻的事情。不过，那时也没发配给我们什么用于保护的设备和器材。每人能有一卷绑腿就算不错了。我穿的是解放鞋，农村来的同学，连解放鞋都买不起，袜子又舍不得穿，一双自己做的布鞋，旱湿地两用。当时我们之间流行这样一句话：“上午为别人看病，下午别人为自己看病，病人轮流做。”那时单纯，真是激情燃烧的岁月，不怕苦不怕死，不知道什么叫危险，什么叫风险，一心扑在工作上。其实保护措施也很简单，只要穿上长筒雨鞋、戴上手套就行。就这么简单，现在看来十分便宜的防护设备，国家都很难给我们买（血防站专职人员都有）。一双高筒套鞋要花10几块钱，够上贫困同学几个月的伙食费，每个同学，年轻的医生都能体谅国家穷，钱要花在刀刃上。反正要和农民打成一片，穿上长筒鞋在农民之间走来走去，不是脱离群众么？染上病再治吧！我班参加灭螺的同学80%的人都染上了血吸虫，又都去治疗了。那个年代里，到疫区工作一次，都不可避免地染上一次。每个人对患病都很坦然，灭螺治病是我们的岗位，在岗位上患病那是无怨无悔的。

从他的言语里，今天我们仍然能感受出那热血的沸腾，那激情的澎湃，那心灵的跃动，那是个英雄辈出的年代，是一个崇尚英雄的年代。那年，他火线入党了。他一辈子也不能忘记那段火热的生活。

蒋庾华是九江生命活水医院护士长，她给我描述了当年治疗血吸虫病的景象。

入冬后，农村进入休闲季节，主要是忙于修水利，这时正是医疗队下乡治病的时机，原则上都是就地治疗。每个生产队的病人都集中在生产队的仓库里，地上铺稻草，自己带棉被，这就是病房。墙的两边钉上两个铁挂钩拉1根线就可以吊输液瓶了。病人睡在稻草上一字排开，我们从早上9点钟开始蹲着打针，总要到12点，一仓库的病人才能全部注射完。使用锑剂治疗是很危险的，有可能心跳骤停。在基层没有抢救设备与工具，只有一瓶氧气袋，出了事就靠体外按摩、口对口呼吸。每次一针扎进去，我总是要在病人身边守候观察几分钟，才进行第二个。病人稍有不适，我就会和医生一起应急处理，整个治疗的冬季，我们的心都系在喉咙口上，风险太大了，不是为自己担忧，而是为医疗队担忧。如果有一个病人出事，大家会对治疗失去信心，会拒绝治疗。我要求每个护士不能离开仓库半步，每15分钟要巡回一次病人，制定了许多规章制度，用制度管人，医护人员要做到四好三勤、三查三对，病人要做到三好（四好是：工作好、态度好、业务好、互助好；三勤是手勤、腿勤、背勤；三查是查医嘱、查处方、查病情；三对是对医嘱、对剂量、对姓名。病员的三好是：遵守院规好、安心休养好、服从治疗好）。有个小护士，由于长期紧张，患上了高血压病，还有些人患上了失眠症，这都算不了什么，只要病人安全痊愈，我们累点、苦点都是快乐的。

著名作家陈世旭（现任江西省文联主席，江西省作家协会主席）是我的朋友，16岁那年他下放到江西九江县新州农场当农民，第二年（1965年）例行普查血吸虫病，发现他染上了，就在当年冬闲的日子里成了病人。现在回忆起当病人的日子，仍十分轻松，还只17岁，不知道什么叫忧虑和痛苦。队里通知去治病，背起棉絮，夹一捆稻草就赶到仓库里。那是临时医院，稻草铺在地上成了病床，一床被子又盖又垫。半靠着墙，任药从血管里慢慢流进体内，难得有太阳钻进仓库，看看书，十分惬意。领导还来看望，要大家安心治疗，伙食还有补贴，每天是3角钱吧，菜里有几块肉，一人一碗，蹲在仓库门口吃。那房顶上的麻雀叽叽喳喳，望着这群男子汉碗里的饭，麻雀是一粒都想不到，个个嘴馋，饭菜吃得精光。下午睡觉，不用上田，很闲。那药叫酒石酸锑钾，一些病人注射后有恶心呕吐的反应，没有人埋怨条件差，不花一分钱治病，感激都来不及呢。中国穷，只能用这种穷办法。这种病，人与人之间不会传染，治好后，只要不接触疫水，100%不会得病。陈世旭似乎成了行家，回忆起那患病的日子，充满了欢乐和感激。并非所有的“老血防”工作者和病人都能这样健康与快乐地活着，享受着今天的幸福。许德洪是湖南省沅江市漉湖血防站的血防工作人员，今年进入花甲。沅江市在洞庭湖南端，是血吸虫重灾区，现在血吸虫病人近4万，他属于那1／4万。

他的病情较为特殊，按传统观念，血吸虫一般只危害肝、脾、肠道，血吸虫却优惠于他，侵犯了他的大脑，神经系统。CT已证实这类病人不少，语言发生障碍，四肢活动也不听使唤。他儿子悲怆地说，父亲一辈子都在干消灭血吸虫的工作，最后却被血吸虫消灭了。

2003年清明节，我在湖北武昌郊区九峰山名人公园的公墓为父母亲扫。与我中学时代的一个同学的孩子相遇。他父亲医学院毕业后一直从事“血防”工作。每次防洪抢险、防疫防灾他总是在第一线，总是第一个报名到疫区，血吸虫好像是他身上的常客，治了好，好了又染上，染上又治疗，最后死于肝硬化腹水，门脉高压大出血。他们子女希望有关单位追认其父为烈士，上级一直在研究。他父亲和抗击“非典”中倒下去的英雄应该是一样的，他也是“真心英雄”。孩子们的叙述是沉重的，神情是悲哀的，现任领导最后的回答是：他没有做到自我保护，责任在自己。这样的回答让他们很心痛！

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第33节 疫情再施威，该打谁的屁股？(1)

1亲近疫区：悲壮岂在“非典”时

我完全能感受这种心痛。

老一辈血防工作者的叙述，有欢乐也有苦涩，有自豪也有悲壮，有轻松也有沉重。透过他们的叙述，我感受到了当代年轻人无法感受的一种心动，一种无法欣赏的美丽，一种可能令他们不屑一顾或尚不能认识的崇高。

我萌生了想找当代血防工作人员采访的念头，他们的工作还会是这样苦涩、沉重、悲壮、美丽和崇高吗？

血吸虫疫情为什么不断地出现反复，当今血防工作人员是怎样进行查螺、灭螺的?是怎样进行查病治病的？疫区病人是如何接受治疗的？现代的疫区人懂得预防血吸虫病的知识吗？血吸虫病真的在向城市蔓延吗？能不能再来一次“人民战争”？现在的科学技术，现在的方法手段能遏制血吸虫病吗？“为什么？怎么办？”不时地在脑海里翻腾。不是一时的冲动，我一直记住了这个数字：1985年血吸病人为40万人。就在2003年的5月，那是惊心动魄的日子，全国人民的目光锁定在中央电视台疫情通报的节目时刻，我读到了国家卫生部办公厅于5月14日向全国有关省自

治区直辖市卫生厅局、新疆建设兵团卫生局印发了《血吸虫病重大疫情应急处理预案》（试行）。这年8月25日，我又读到国家卫生部常务副部长高强向全国人大常委会报告当前重大传染病的文字。他说，目前全国有427个县市区存在血吸虫病疫情，长江沿线的6省加上云南省的110个县市区为主要流行区。受威胁人口约6500万，患者81万例。我询问专家，专家说，这两个数字不太准确，近年来许多血防站工作处在停顿状态，其统计数有一定的差距，专家们估计患者可能达到100万以上（2004年统计为84.3万）。

毛泽东同志的那句“一定要消灭血吸虫病”的号召，改变了我国南方血吸虫疫区广大百姓的命运，改变了那儿的环境，还改变了世界各国对中国的看法。

血吸虫病人由解放前的1169万降为84万人；12个流行省份已有5个省先后消灭了血吸虫，433个流行县乡区有260个达到传播阻断标准，63个乡达到传播控制标准。

然而，我还读到另一组数字：2001年我国新发现钉螺面积为590万平方米，2002年我国新发现钉螺面积为1151万平方米，2002年报告血吸虫病人810389人，其中慢性病人783430人，晚期病人26046人，当年急性感染913人。湖区集中在五省：湖北、湖南、江西、安徽和江苏；慢性病人674506人，占全国慢性病人数的86□10%。山区集中在四川和云南，慢性病人为108924人，占13□90%。

2003年全国有血吸虫病人84.3万，比2000年增加了15万，尚未控制传播的有108个县，钉螺面积35.2亿平方米。疫情严重的省份首推湖北省，有血吸虫病人27.8万人，占全国血吸虫病总人数的32.97%，新增加钉螺面积30余万亩。其次是湖南省，有血吸虫病人21万人，占全国血吸虫病总人数的24.91%。洞庭湖区有病畜5万头，有钉螺面积3915万公顷，占全国钉螺面积的52%。江西省1998年至2002年鄱阳湖钉螺面积在4年内增加了10万亩，易感洲滩增加了29.6万亩。有血吸虫病人13万人，钉螺面积116万亩，从患病人数看列第3位。据各省疫情监测统计，近5年内已有38个达到血吸虫病传播控制或传播阻断标准县（市、区）疫情出现明显回升。在部分中小城市也相继发现了感染性钉螺和新发血吸虫病人。少数已消灭地区均发现外地输入性急性、慢性血吸虫病人，输入性病例近3年内呈上升趋势。

小报上常出现他们写的这样的文字：“在洞庭湖血吸虫卷土重

来”，“血吸虫死灰复燃”。外电还报道：“曾在大陆绝迹的血吸虫重现江湖”，“瘟神再出”等等。

中国政府从未宣布过消灭已血吸虫，并一直在和血吸虫进行殊死之战；事实上，毛泽东同志清醒地认识到与“疫”之战是一场恶战，还清醒地认识到这场恶战的结果不亚于一场战争，恶战的结果是以百姓死亡为代价的。他的诗后小记是这样写的：“六月三十日，《人民日报》发表文章说，余江县基本消灭了血吸虫，12省市灭疫大有希望，我写了两首宣传诗，略等于近来的招贴画，聊为一臂之力，就血吸虫所毁灭我们生命而言，远强于打过我们的任何一个或几个帝国主义。八国联军，抗日战争，就毁人这点来说，都不及血吸虫，除开历史上死掉的以外，现在1000万人患疫，1万万人受威胁，是可忍，孰不可忍？然而，今日之华佗们在前几年大多数信心不足，近一二年干劲渐高，因而有了希望。主要是党抓起来了，群众大规模发动起来了！党组织、科学家、人民群众，三者结合起来，瘟神就只好走路了。”

诗人只是从余江县送走“瘟神”的壮举中，看到了一种可贵的精神，看到了胜利的希望。他深知“瘟神”的危害，深知“送瘟神”战斗的持久。

中国人控制“非典”流行如此，血吸虫病的防治也如此。其他传染病防治也该如此。

德国画家丢勒在1498年创作的圣经木刻插图中，我们看到《启士录》中骑士分别代表着预示世界末日的4种力量：战争、饥荒、死亡，以及可怕的瘟疫。瘟疫——传染病的大规模流行，对人类文明有着非常大的冲击力，其影响和破坏是全面的、巨大的，所冲击的目标是人类自身，往往此战争更剧烈、更突然、更恐怖。

我知道，血吸虫病摧毁生命的能力并不亚于“非典”，只不过“非典”病毒迅猛，而血吸虫病则是侵入人体内慢慢折磨着个体生命，传播速度一样是快速的，只要和疫水接触10秒钟就有可能患病。而患者99%都是农民。

我选择了从鄱阳湖的两岸出发，向北，沿长江向西，过武汉，到荆州，去石首监利，再南下洞庭湖，登岳阳楼，下沅江。专家们已明确指出，我国血吸虫病重流行区就分布在鄱阳湖、洞庭湖，及沿长江的江湖洲滩地区。

2第一站：查螺、治病，想给这儿的患者画个句号

鄱阳湖是我国第一大淡水湖，位于江西省北部。接纳赣、抚、信、饶、修5条河之水，从湖口县入长江。南部湖面广阔，最宽处74公里，入口处最窄，仅800米。鄱阳湖草洲面积约有300万亩以上，由于血吸虫的影响，迄今没有得到开发利用，谁也不敢轻举妄动。

血吸虫病人流行范围主要在鄱阳湖周边各市县，包括南昌、九江、上饶、宜春8个设区市的39个县（市、区）、337个乡（镇、场）、2318个行政村。江西省城南昌市属流行区，流行范围是4县3区：南昌县、新建县、进贤县、安义县、昌北开发区、高新开发区、红谷滩新区，疫区人口150万人，占全市人口总数的1／3。

在南昌，与专家们谈论最多的是8个字："反复回升"和"潜在危险"。

安义县在1987年经过专家检验论证，消灭了血吸虫病，结束了300多年瘟神流行史。1997年在安义内港发现有螺地段7公里长，钉螺面积800亩。2004年该县再次发现钉螺面积100亩。1995年南昌昌北区宣布消灭了血吸虫病，1998年在昌北凤凰洲头发现有螺面积6亩。新建县松湖乡20世纪90年代列为基本消灭乡，几年的洪涝后，松湖大沙河峡港段3公里长发现新有螺面积1000亩。南昌县以产粮闻名全国，该县的蒋巷乡玉丰村人群检阳率由1998年、1999年的15%上升到2001年的28%，2002年又升到33%，为全省，甚至是全国血吸虫感染率最高行政村，已接近解放初期的数字。

2003年在赣江流域主支、南、北3支发现11块有螺江滩，有螺面积13896.2亩，均为易感洲滩。这些地域过去从未发现有钉螺孳生，说明鄱阳湖区钉螺在沿赣江上游扩散，钉螺已离鄱阳湖35公里，距南昌大桥只有28公里。我理解了"潜在危险"的意思，也感受了点"蔓向城市"的恐惧。

新建县处在赣江、锦江下游，鄱阳湖西南畔，属鄱阳湖区域血吸虫病重疫流行区。说它重，因为全县19个乡镇，就有16个乡镇流行血吸虫病；全县有人口67万，疫区有人口55.1万，占全县人口的83%。

在县血防站，我采访了胡位陈站长，话题从2003年5月14日国家卫生部印发的《血吸虫病重大疫情应急处理预案》（试行）开始。国家卫生部每年都会下发提醒防治的通知，像2003年这样严格正式地下发应急

处理方案还是第一次，可以说，这是“非典”袭击的启示。《预案》中明确了急性血吸虫病的疑似、临床诊断、确诊的标准。

暴发疫情的标准定为：(1)在原无疫情或已达到血吸虫病传播阻断标准的地区，发现感染性钉螺、血吸虫病新感染或急性感染病例。(2)在血吸虫病流行区两周内连续发生两批血吸虫病急性感染病例，每批5人以上，或在一线感染场所连续发生急性感染3人以上。

胡站长坦诚地说，我县2002年8月就发生过一次急性血吸虫病暴发流行，发热病人高达400多人。经过当地卫生院、乡村医生不正规化疗，确诊24例急性血吸虫病，居民间凝检查阳性率达10□51%，耕牛感染率高达33.18%。发生地点在联圩乡沿赣江流域北支12个行政村，去年联圩乡的暴发让我们吃了一副清醒剂。血防工作要抓得紧而又紧，稍有不慎，必结恶果，痛定思痛，深感责任重大，不敢怠慢。说句心里话，端着血防这碗饭，如临深渊，如履薄冰，不好吃。有的县财政力度不够，急。我们县支持力度大，也急。我们湖区有螺草洲14.6万亩，新发现有螺易感草洲4600亩，直接威胁两乡3万多居民。农民要在草洲上放牧，到湖中捕鱼，田里插秧割禾，还要参加防洪排涝等等农活，随时随地都有感染的危险。

为了证实他的话，2004年8月底，他电话告诉我一件“惊险”的事：联圩乡浮洲村农民响应政府号召多种粮，准备开垦荒芜的草滩，村党支书只想到割草翻耕，忘了灭螺。草滩没有经过灭螺处理，就这样下滩，不感染才怪哩，幸好发现早，不然要出大事。像这样的草滩我们这里还有几千亩。农民要开荒种田，一不小心就出现新病人，我们压力越来越大。

解放初期，疫区居民感染率是31.7%，现在降到2.97%。我们希望再降。现有晚期血吸虫病人430例，慢性病人1.3万人，这不可能是个恒定的数字，可能减少，也可能增加，减少那是我们的工作，增加了怎么办?说明我们没做好。我总希望病人数目不要增加，病情不要加重或慢点加重。“晚血”病人在我任职内画一个句号。是目标，也是梦想吧！我们的工作包括查螺灭螺、查病治病和健康教育三大部分，缺一不可。健康教育是预防血吸虫病的最有效办法。你想想如果每个人都知道接触疫水10秒钟就可以患病，做到尽量远离疫水，为了生活生产需要，非要接触疫水不可，做好个体和群体防护，在有螺地带设立警示牌，血吸虫病的患病率就可大大降低。

“有螺面积总共多少？”我问。

“解放初期是32万亩，现在是15万亩。”

“全靠喷杀灭螺吗？”

“不，我们实施了环保灭螺，垦殖、兴林、改水、改厕，同时培育和推广种植南荻，借以改变钉螺生长的生态环境，抑制钉螺生长。”

“你们是怎样查螺灭螺和查病治病的？”

“最好你下乡去走一走看一看，语言可能很难表达清。我可以告诉你，查螺还是老办法，用眼睛用筷子，查病治病是一条龙，发现感染者当天给口服药，比过去用的锑剂方便安全，病人容易接受。”

“查螺人数够吗？”

“当然不够，算算吧，全站有165人，在职的114人，专业人员87人，非专业的27人。已知15万亩地，要一平方米一平方米地查，每年还要新增内涝可疑的地带，也要做到寸寸不漏。全县疫区人口55.1万人，同样要一村一村查。工作量该有多大，在我们站，不管是专业的，非专业的，每人都要轮流下乡半年，参加查螺灭螺、查病治病工作，吃住都在农民家里，可以用这几句话概括我们在乡下工作的状态：冬寒秋雨，走村串户，吃百家饭，睡百家床，问百家病，解百家难。还要做到保护好自己防止感染。在今天，你问问，拿工资的国家干部，有没有干这样艰苦的工作的？我敢说，行行业业，惟独血防一家。”

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第34节 疫情再施威，该打谁的屁股？(2)

为了体验一下这“四百”的滋味，胡站长派了办公室主任向阳同志陪我下乡。小向，我这样称呼他，还只是35岁的小伙子，在站里是属非专业人员，每年下乡不误，虽然不懂业务，但认识钉螺，知道钉螺的危害。一个阳性钉螺可以释放成千上万个尾蚴。参加查螺工作，他一丝不苟。我们的目的地是南矶乡。小向说，那是胡站长的一块心病，他开始了叙述。

南矶乡在鄱阳湖中，由两个小岛组成，一个叫南山岛，一个叫矶山岛，尚未控制疫情。南昌市有900多名晚期血吸虫病人，南矶乡就有300

名，有螺面积6万多亩，每年站里都要派人到那里查螺灭螺，查病治病。查螺的办法依旧原始，一排3个或4个、5个人，50米一线，10米一点。每走10米要蹲下查1平方尺，在这个尺寸内，用一双眼睛、一双筷子，一寸地一寸地寻找，有一个捡一个。在岛上一住就是十五六天个把月，被子、日用品工作仪器、药品全部自己带。如果村部有房子，就在村办公室地上搭个铺。办公室没有床，有时还睡在桌子上。夏天还过得去，虽然喂蚊子，抹一身驱蚊油，点几根蚊香，还可以应付。冬天就只靠几把稻草垫着，常常冻醒。只有在冬天村里人才都聚在家中，这时查病才不会或者很少有漏掉的，否则，下田了，打工了，外出了。冬天是必下乡的日子。

如果是自然村，没有村办公室，那只得睡农民家中。吃派饭，有些农民不太欢迎我们，或是穷，或是不愿查病治病，遇上没有床的家，一样睡地铺。这儿地铺比办公室里更惨，或是农家仓库，或养过鸡鸭的房子，或是放尿桶的地方，味道难闻，得忍，这是我们的工作。男同志还好点，女同志、年轻的姑娘就受不了，临阵脱逃，回去后要求调动工作的不在少数。外出的补贴可能令你难以相信，20世纪80年代，外出一天补贴是2元，90年代还是2元，不过加了夜班费4角，现在每天是15元。逃脱也好，调动也好，都能理解。我们站也有扎下根的，铁了心的。姚建民主任干了30年，他是查螺灭螺能手，一个顶三，抽样查螺，他的眼睛就像望远镜、显微镜，一盯一个准。

赵翔是退伍军人，在站里干了20年，人到中年，还是一股子劲。他几乎是下乡专业户，血吸虫病人大都成了他的朋友，他能清楚地说出病人的姓名、家庭成员、经济状况，每年查病查螺都少不了他。

80公里虽然是平地，乡级公路少不了颠簸，走了两个小时，到了鄱阳湖边，枯水季节，鄱阳湖周边的底显露出来了，汽车可以从湖底驶到南矶乡。在春天涨水季节，摆渡只要半小时，而在今年这样半枯半涨的日子，要沿着河沿进岛，坐船要1个半小时。水涨水落，湖漫湖退，钉螺正好随水漂流，这也是钉螺难灭，容易蔓延扩散的原因之一。其实，血吸虫惟一的中间宿主钉螺的远距离迁移和大面积的扩散主要是靠水来完成的。南矶两岛地势平坦，面积不大，只有3.5平方公里，居住着4625人，大都靠捕鱼为生，有鳜鱼、鳊鱼、鲢鱼、大湖虾、黄丫头，捕的鱼大都贩往南昌。

接待我们的是血防分站站长陈凡经，他还兼乡卫生院院长。他在这儿工作30多年了，全乡人的名字他都能背出。他告诉我，6岁以上的村民

感染过血吸虫病的比率达80％，50岁以上的人大都感染过20次到30次，也就是说每年治疗一次，这些中年人都治疗过二三十次。站在岛的东岸远眺，鄱阳湖水一望无涯，风和日丽，可以看见有船从湖中驶过，近外是草滩。偶尔看见两头牛在草洲上悠然自得。陈院长说牛也是传染源，1头耕牛相当于50到80个人的传播力，乡里已禁止养牛，全岛只有68头牛，由养牛专业户圈养；全岛只有450亩稻田可供自给自足。

小岛已有200多年的历史了，碧绿的湖水，翠绿的草洲，蓝天白云，几棵树，几头牛，一个观光者或一个投资者来到这儿，一定会感受到这儿的美丽、水的宁静、水的富饶，也许会到这儿投资修建度假村，谁会想到这疫水是传染源呢？10秒钟，只要接触10秒钟就有可能染上血吸虫病。10秒钟的美梦，10秒钟的恐怖。乡卫生院有18张床，病种主要是血吸虫病。在医院里，我遇见一个姓谢的渔民，他今年51岁，以捕鱼为生，接受治疗26次了。“能避免吗？”我问。“不捕鱼，我干什么？离开南矶，我干什么？”他反问我。这真是“明知山有虎，偏向山中行”。无奈，真正的无可奈何，我弄懂了，这是胡站长的“心病”，他急，急啊！这周而复始的感染，这周而复始的治疗，他无论如何想要画上一个句号。在这儿我见到了赵翔医师，他敦厚、健壮，40出头，他向我介绍了查病的方法。名单由派出所提供，按身份证发放数，一个也不会漏。只查5岁以上的乡民。事实上，在疫区，2岁的孩子也有感染的。按花名册上的名单一个个采血，一般是上午采血，下午制片，晚上读片（在显微镜下看片）发现阳性，第二天上午发药。这种药叫吡喹酮，男性口服48片，分2～3天服完，女性服12片。过去每片收5角钱，一个病人一次疗程要收24元。穷的病人24元也掏不出，今年实行全免。2004年的8月8日我和陈凡经院长通了电话，他告诉我，省市政府免费治疗晚期血吸虫病的补助费已经到位，已有110多名“晚血”病人接受了免费治疗。

那天，我们随赵翔医师夜宿朝阳村西谢自然村。夜幕降临，蓝天上一片繁星，登高可以看见月光繁星下的湖面，波光闪烁，如同鳞片，耳边秋虫在鸣叫，不时有秋蚊拢来。说得夸张一点，一路蚊子一路歌，举手一抓，就是一把。在村民谢银娇家中住宿，这是一个50岁的农妇。从她这儿，我又听到两个小故事。

村民赵和元，今年73岁，20岁就患上了血吸虫病，好在是免费治疗。他治了好，好了治，能活到现在要感谢政府，感谢医生。由于病重，丧失了劳力，日子过得艰辛，全靠政府村上救济。两个儿子和他是血吸虫病人，我想，他们不怕染上又治、治了又染，是为生活所逼，还是因为免费呢？抑或二者都是。

原来在湖边摆渡的汉子老万，有副好身材，年轻时，打得死牛，就靠摆渡过日子。得了血吸虫病后，人虚得不行，不能划船了，体力一年不如一年，腹水，肝硬化。后来，好日子刚挨上边，就走了，还只50岁。陈院长说是变了肝癌。说到这里，谢大嫂长叹了一口气。

那夜，两个人挤在一张床上，可能是走累了，说着、说着都打鼾了。第二天，我要走了，看了看自己的皮肤，被蚊子叮过的红点一片又一片，约有几百处吧，大家笑了：这是对南矶乡蚊子做一点贡献吧！

这正是“非典”之后的3个月，国民都在反思。面对湖光草色，面对岛上渔民的生老病死，面对在岛上工作了30多年的陈院长，面对吃百家饭、睡百家床的血防工作者，我确实感到了欢乐和苦涩、自豪和悲壮、崇高和美丽。回首望着渐远渐小的南矶岛，我在想，胡站长能实现他画句号的梦想吗？面对这一切，我们该怎样反思呢？

3□下一站：现状是历史的产物，血吸虫可不可以视为一种疾病符号呢？

九江是一座文化古城，靠庐山，临长江，依鄱湖，位于京九线上，便利的交通更增加了它的知名度。血吸虫病的流行也使它有一定的知名度。当年除庐山和幕阜山中的修水县外，全市余下的13个县（区、市）均是流行区，是江西省血吸虫病重流行区之一。历史上有螺面积114.56万亩，有病人数21.18万人，疫情覆盖范围和流行县均占江西省1／3。在这里我认识好多好多血防工作者。市血防站的一个朋友接待了我，他开玩笑地说，你记下我的真话，不要留下我的真名，我承诺了。他给了我两张图，一张是九江市血吸虫病流行（历史）示意图，一张是九江市2003年血吸虫病流行示意图。

九江市是典型的湖沼、山丘、江滩3型都具有的高疫流行区。沿鄱阳湖的县有：永修、都昌、星子、湖口、庐山区；沿江的是：瑞昌市、九江县、浔阳区（原九江市区）、庐山区、湖口县、彭泽县。长江岸线长178公里，市内还有3河9湖，人口450余万，流行乡人口为269.99万，与解放初期比，疫区范围压缩了71％，病人数下降了72％。

我们俩谈了很多、很多。谈了回升的原因，谈了存在的问题，谈了短期内遇到疫情的困难，谈到政府行为和百姓预防继感的关系，谈到了南水北调与血吸虫的迁徙，谈到了人口流动与感染的播散。一个又一个“为什么？”“怎么办？”再次在我们脑海里翻腾。

朋友告诉我，1998年的大洪水，使沿江沿湖江湖洲滩有螺面积扩大。2002年底的统计数是扩大了4万亩。随着“平垸行洪、退田还湖”政策的逐步实施，全市还有22万亩江湖洲滩逐渐成为钉螺孳生地。旧的未灭尽，新的又孳生。不能走头痛医头、脚痛医脚的路子。瑞昌市、都昌县的疫情都是严重的。瑞昌市流行乡有24个，流行乡人口36.26万；都昌流行乡有21个，57.76万人口。有次在瑞昌临长江沟渠边一平方尺就发现了50多只钉螺，离长江只有1米远，很难说长江没有污染。

渐渐地，我们的话题远了，血吸虫病患者的主要人群是农民，可不可以把血吸虫病视为一个符号探讨一下疾病与农民的关系，至少传染病与农民的关系。换个角度思考，一些传染病是不是特别青睐农民，我们的政府，我们的主管部门，我们的媒体，是不是更多关注的重视的是“城市病”，而忽视了或很少关注农民的疾病，说白了：一碗水没有端平。我们的决策往往是以牺牲农民的利益为代价，许多决策与科学相悖，让农民折腾来折腾去。他忆起一幅标语。那是1998年抗洪后的事，省政府作出了鄱阳湖大移民的重大决策。移民湖数达11.5万户，重点是九江都昌县；政府将拿出30多个亿。1999年春节都昌县大树乡公路上挂着一幅标语：退田还湖根绝千年水患，移民建镇志创万年基业。村长说，这是灾民的心声。

历史退回30年，也有一幅标语：围湖造田让四湖让路为百姓造福千年，移山填海令三山低头创祖国基业万代。当时的公社党委书记也是这样说的，这是社员的心声。

从“围湖造田”到“退田还湖”，倒霉的是农民，浪费的是国家的钱。没人心痛农民，没人心痛一叠叠钱。在农民倒霉和国家资金浪费的日子里，创造口号和喊口号的人该晋升的，还是照样晋升了。

我们自然想到了胡锦涛主席提出的“科学发展观”。

我想，我应该带着这样一个观念去反思。

4．回报的负值与负值的回报

湖北省有两件大事：水利和血防。每届省政府班子上任，首先过问的就是这两件大事。解放初期，湖北省有11个地市，44个县属于疫区，疫区人口近1000万，钉螺面积439.5万亩。50年来，全省累计灭螺面积570万亩，累计治愈病人250万人。前不久，省长罗清泉上任之初，来公

安县调研就提出了坚决治理血吸虫病重疫区的要求。“虫”不除，病难治，民不富。应该说，省政府是下了决心的，全省每年拨给血防工作经费5000多万，国家血防专项只有1000万。然而，这几年血防需要投入的经费多达1亿元。只能说经费的投入与当前的疫情不相适应。

江陵县是重疫区，每年省血防办直接拨来的血防工作经费有数十万元；从2001年起每年又增至近100万元。尽管国家和省里早有明文规定，要求疫区各级财政根据当地防治工作任务需要，安排必需的防治经费，并随经济增长逐年增加对血防工作的投入。但是地方各级领导有几个愿意把钱往这个窟窿里扔呢？这是无底洞。据我所知，多数地方对血防投入基本没有安排，有的甚至还将省里下拨的血防专项经费挪作他用。用完后，背地里还喊：“财政困难。”骨子里是对血防工作不重视。投入到血防中没有经济效益，近期也看不到社会效益。人治了又染，虫灭了又生，干脆把钱投向“形象工程”。中央、省里抓一下，他们也就会动一下，或象征性地投点钱，或救急给点钱，饿不死、撑不饱，吊着。他劝我最好去一趟江陵县。

江陵县西与枝江县为邻，北接荆门市，西北是张飞一声吼的长坂坡的所在地当阳，所辖地域围绕荆州。20世纪90年代初与沙市合并，称荆沙市，1996年又改为荆州市，隔江是公安县。这儿一片都是血吸虫流行区。从武昌付家坡乘车，高速公路3个小时就到了。过去从武汉到荆州坐船，逆流而上要航行两天两夜。

江陵县的白马寺镇血防站因血防经费落空，人员待遇无着落关门了。

血防站的财政是由镇财政全部拨款。“吃财政饭”。1996年，全额变为差额，血防站有10几名职工，年人均收入只有2000元。钱虽然少，大家还是来上班，门也照开。2002年下半年，把血防站一下推向市场，断了奶，规定乡血防站一律自收自支。职工一年的工资毫无着落，无巢的鸟，都散去自谋生路了。人走楼空，4层楼的血防站只剩下站长谢守依一人。面对着同行、朋友、记者，他能说什么呢？他守望着，期待着。他到血防站工作已有29年了。大半辈子过去了，对血防工作总还有一缕理不清、割不断的情丝。再者，他不愿看到血防站在他手上关门，更不愿看到白马寺镇防治血吸虫病的工作没人去做。

白马寺镇是血吸虫病重疫区，地处古荆州之东，在长江与宜黄高速公路之间。有5万多人，钉螺面积近万亩，慢性血吸虫病人5000多人，

晚血病人300多人。往年，岁末开春，站里都要下去查螺查病，血防队伍都散了，组织查螺已是不可能的事。2003年夏天，收到应急预案文件后，谢守依曾把同事叫回来查病，没有发一分钱的劳务费。想想镇里严重的疫情，他焦急万分，他是孤掌难鸣，无能为力。这样下去，镇上的疫情要回升了，怎么办？病人越来越多，怎么办？谁来和他一起分担这些“怎么办”？谁又会去分担他们和他家庭中的“怎么办”？他妻子目前没有工作，在镇上开了一爿小店，大儿子从部队转业后分到镇血防站，站里这种状况，儿子只好在家呆着，小儿子还在上高中。他虽然在血防站留守，没有一文钱收入，一家4口全靠妻子开店的微薄收入维持生存。他是共产党员，他相信上级组织，他会按照“三个代表”重要思想去工作，我理解他心里的滋味。他说，想到家里贫穷时心里很酸，想到空荡荡的血防站时心里很痛，这酸这痛还会有多久呢？我望着他伫立在秋风中，那挥手说再见的身躯在夕阳辉耀下像一棵树，我坚信，血防春天的阳光和雨水一定会落在这棵树上。

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第35节 疫情再施威，该打谁的屁股？(3)

又是一位。10几年前听说荆州出了一位血防专家、全国劳模，叫胡国富。

今天，我到了荆州，到了沙市区，听别人告诉我，他对血防工作的回答令同行们大吃一惊。他说，基层血防专业人员多年来没领过一份像样的工资了。退休了也没有一分钱退休金；妻子倪文英在血防站工作了40年，退休了同样分文工资没有。幸亏当年在职时买了保险，否则吃饭都成问题。现有的血防站建筑还是当年他任站长时发动职工集资盖的，那是血防史上最好的年头。现在已名存实亡。现有职工32名（含9名退休职工、1名癌症病休职工），原来的工资标准，站长以下的职工，800元到500元不等，自1996年开始只拿15%的工资，2002年开始，就分文没有了。高温天气，“血防红旗单位”内没有一台空调。没有X光机，没有台式B超，没有手术床，二楼病房内倒有几个病人躺着，是“晚血”病人，肚子大得像坟包，肚脐爆得像菜头。前几年，由于血防站穷，来站治疗血吸虫病的患者都收费，一个慢性血吸虫病人一年的最低治疗费用是200元（不含生活费、营养费），一个晚期血吸虫病人最低费用是5000元。应该说，这样的价格是便宜的，因为农民穷，这样低的医药费他们也不来治疗，只要不是急性，都习惯这样拖着。他们站还坚持在干本行。有些地方的血防站为了活命，派人外出进修骨伤科、妇产科、口腔科、眼科，目的很简单：搞一碗饭吃，这样的站长还要准备挨骂，“不务正

业”。一些领导干脆放任不管，自生自灭，干一天算一天。

朋友老晏讲了这样一件事：荆州沙市区岑河镇血防站组织了一支灭螺队。队员是从农民中筛选出来的，不脱产，每个村民小组负担1名，每年付给队员的报酬是1500元。这种支付办法肯定是违背了减轻农民负担的原则，国家又无法支付这笔费用，只得解散。只靠站里20多个工作人员在150平方公里的土地上查螺灭螺，你不觉得有点天方夜谭的感觉吗？灭螺工作自然成了谎话、梦话。

石首县在20世纪70年代曾是无螺县。那时只要生产队长一声喊，社员都下田、下湖去捡钉螺?老人回想说，那时是一呼百应，现在是百呼不应。谁还会自愿去捡钉螺，石首县改市后，放松了血吸虫病的防治工作，现在石首市的钉螺面积是10.8万亩。

血防站的穷并不只在湖北，湖南、江西均相差无几。因为穷，很多领导把血防站推向市场。用经济效益去衡量一个院或站的优劣，已是卫生界公认的标准了。标准已程式化、脸谱化了。似乎成了一条定律：政绩优劣，看发展快慢；批评表扬，看单位收入多少；能力大小，看敢不敢创收；投入多少，看回报大小。如果回报是个负值，这个单位就永远不要想再伸手了。血防站一直是吃“皇粮”的，他们的工作性质决定了无法获得回报，没有回报就视为“包袱”。“皇粮”吃不到，或吃不饱，各大小血防站只好“自力更生”、“广开财路”，什么事都会发生。湖南岳阳县麻塘镇防疫站工作人员，把本应免费的灭螺药出售给农民。穷懒了，穷变了，穷得工作也不想做，或无法去做。岳阳鹿角镇血防站填报表的数字大都是编造的。到年底与病人治疗数都是瞎填乱编。有的年报表写1500人，实际只有500人，省血防知道底下人在瞎糊弄，谁也没去过问。道理很简单：“现在还有谁去干不拿钱的活?”

湖南沅江是血吸虫重疫区，国家从1996年起，每年拨给该市血防经费是279万元，近几年还在增加，2003年已达到327.9万元。应该说，算不少了，算不错了，该知足了。该市血防站主任张健算了一笔账：全市600多名血防干部，离退休人员140余人，要保证离退休人员的工资福利，剩下的钱分给在职人员头上，每人年收入为2000多元，还不如某些单位1个月的收入。

益阳市血防所同志也为我算了这笔账，每年工资的总经费需要170万元，国家拨款只有130万元，发工资都不够，要想发奖金，那只得自力更生。

经费限制了专业队伍的开展正常工作，发展就无从谈起。用湖南省血防办副主任李华忠同志的话说，下拨经费与防治任务不相称，由于不相称，血防工作也就没有走上道。一个血防干部坦承：“一个人一年的人头经费还不到1000块钱，要养站口，还有什么经济能力去灭螺，只有象征性地搞一些。”湖南如此，湖北如此，江西如此，全国穷得揭不开锅的血防站大都如此。

朋友老晏坚持要陪我去洪湖新堤看看。他说，既可忆旧，又会有新思。30多年前，我们社教工作团到洪湖县(当时是县)集训就是从新堤上岸的。那是1965年春节后的第六天，我们从汉口起航，逆水向上到新堤。水浅岸宽，船停在江中，下船后要走过长长的沙滩和草丛湿地。现在是秋天，浅浅的浪拍打沙洲，往远望可见被风吹倒的泛白芦苇。老晏弄来一辆车，沿江边跑了一阵，旧地重游，十分兴奋。只兴奋了几分钟，对这熟悉的江水又产生了十分的恐惧。洪湖市的河滩大约有6万亩芦苇，这儿钉螺的密度很高，有的地方每平方尺有钉螺达20只。

老晏为我做了一道简单的算术题：查钉螺费每亩以1元计，6万亩就要6万元，灭螺以每亩150元算，就得要900万元。何况，这儿水域复杂，当汛期来时，沿岸沙滩芦苇均会泡入黄汤之中。钉螺就会随水漂浮迁徙，河水退后或留在原处，或落在一个新地方生存下去。一是没有那么多钱去灭螺，荆州市每年血防工作资金缺口近4000万人民币，二是长江涨水能控制么？一路上，我听到感叹最多的就是，钱，钱！钱？钱不是万能的，没有钱是万万不能的。投入不是没有可能的，投入没有回报是万万不能的。结果是不愿负值回报，得到的是回报的负值。

5□以人为本，科学发展

我想起了一条人工河的投资。这条河又叫汉北河，1969年动工开挖，全长近百公里，西起天门，经孝感南部再至武汉东西湖区的新沟，进入长江的支流汉江。当年，决定上汉北河这个项目是作为全国治理血吸虫工作的三大试点来抓的，做法是：挖北河、扩南河、平滩灭螺。孝感当时灭螺56.3万亩，治病人18.5万。20年后问题逐渐暴露，不仅行洪不畅，而且河滩杂草丛生，形成沼泽，钉螺面积扩大到5.7万亩，占孝感有螺面积的59%。血吸虫病又使沿河两岸80个乡镇群众的脸上布满了愁云。

1994年，国务院6部委共同主持了汉北河的综合治理工程。决定用3年时间拿下汉北河血吸虫综合防治工程。汉川的水系以汉北河为主，当

地农民的生产用水和少部分生活用水都来自汉北河，沿汉北河的30多个涵闸都没有阻螺设施。汉北河春夏涨水，秋冬枯水，河滩冬陆夏水，最易孳生钉螺，而沿河百姓在河滩放牧、在河里捕鱼、游泳。频繁接触疫水的农民说因“水利修得好，钉螺到处跑”。目前汉北河在汉川段的格局是，南、北河河道都宽近百米，中间的滩涂在枯水期宽度约为600～800米，由农民在上面翻耕种植。

据省血防办提供的数据从1994年到1996年，国家共在汉北河综合治理项目上投入2亿元，钉螺密度得到了有效控制：1993年，血防部门在汉北河河滩上测得钉螺密度最高为103只／0.11平方米，防浪林里最高为54只／0.11平方米，到2001年这组数据为1.005只／0.11平方米和0.345只／0.11平方米。综合治理降低了钉螺的密度，却没有减少钉螺分布的面积，目前在汉川市33094亩钉螺面积里，汉北河就占25870亩。全市血吸虫疫情最严重的是汉北河沿线的5个乡镇。

荆州沙市区岑河镇是中国著名边塞诗人岑参的故里，地处长江北岸，汉江平原腹地。刚解放时，除了阳湖岗一地外，基本上没有钉螺。属于湖沼地形。全镇辖26个行政村，203个村民小组，总面积152平方公里，面积5.52万亩，素有“西瓜之乡”、“辣椒之乡”的美称。出于富农的愿望，大兴水利工程，水渠相连，相互成网，钉螺获利了，沿渠沟，顺水势，钉螺串塘过田，四处蔓延，一到排灌季节，疫水随沟而行，靠岸而生。该镇总人口4.6万人，2002年统计血吸虫病人有4000多人。2002年来治疗的慢性血吸虫病人总计花了79.6万，晚期血吸虫病人费用为32.5万，合计100多万元。不治会死，治了会穷。我们又一次看到了什么叫“因病致贫”！让我们感到困惑的是，农民仍这样说：“水利修得好，钉螺到处跑。”越病越穷，越穷越病！引病上身这是有前车之鉴的啊！

安徽省在20世纪70年代建成的泾县陈村水库灌区、四川丹棱县修建的水库，也都出现过血吸虫扩散的情况。在20世纪90年代中期，南昌在实施血吸虫病综合治理试点期间，修建了一批水利灭螺工程，采用低围拦蓄的办法，在洲滩和大堤间修一个矮围堰，蓄水浸杀钉螺，减少了群众接触疫水的机会，有血防效益；也为农民修建了一批水利设施，有经济效益。可几年后，有关部门在考察后认为这种矮圩对渔业养殖和生态环境有影响，就把很多围堰炸掉，结果一度锐减的钉螺面积迅速扩散。1998年以后，一些地方政府实施的移民建镇工程，也没有充分考虑血吸虫病防治的需要，有的镇就建在原地，只是地基高点；有的新建居民区离疫水更近，造成群众感染的机会增加。

由此，专家们不能不想到南水北调工程中血吸虫病的传播问题，也许这不算题外话。

决定钉螺生存繁殖三大因素是温度、地面湿度和植被。专家们认为，南水北调对钉螺可能扩散的影响表现在两个方面。一是工程对原血吸虫病流行区疫情扩散问题，可能性最大的是输水主干道流经的江苏苏中里下河地区、安徽巢湖地区、湖北四湖地区。由于工程带来水系重新分布，水资源重新分配，使适宜钉螺孳生的区域也发生明显变化；同时，人口流动和由此引起的生产、生活习惯的改变均可引起疫情扩散，增加潜在威胁。

二是工程是否会引起钉螺北移至非血吸虫病流行区问题。20世纪70年代末的论证表明，钉螺分布最北不超过江苏宝应县境（北纬33°15′）。但进入20世纪90年代后，江苏北部冬季温度明显升高，仅从温度指标可知，钉螺在北纬33°15′以北，徐州以南地区也可生存。这已被20世纪90年代的现场实验证实。因此，我国第四、第五大淡水湖（洪泽湖、巢湖）存在由血吸虫病非流行区变为流行区的潜在威胁，远期还可能继发扩散至山东、河南省，虽然是设想，不可不防，一旦发生后果严重。

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第36节 疫情再施威，该打谁的屁股？(4)

政府和科技人员都应该也明白这个道理和事实，水资源的开发会引发血吸虫的传播扩散加剧。历史上有这样的记载：如20世纪30年代埃及Aswan水库，是世界上建立在血吸虫病流行区的最大水库之一，它的建立改善了农业灌溉系统，同时，也造成了埃及血吸虫中间宿主水泡螺的大范围扩散，血吸虫病人群感染率由2%～11%升至4%～75%。能不再次想起胡锦涛主席提出的“科学发展观”吗？其概念是“坚持以人为本，树立全面、协调、可持续的发展观，促进经济社会和人的全面发展”。这个概念最早是胡锦涛主席在2003年8月底9月初考察江西时对江西领导干部讲话时提出来的。一个月后的中共十六届三中全会上，中共中央关于完善市场经济体制若干问题的决定中正式写进这个论述。这概念提出非心血来潮。2003年春夏之交“非典”袭击时，胡锦涛主席和他的同事们深入百姓，深入到科研机关，深入到抗“非典”第一线，疫情使他和他的同事们不仅看到了公共卫生的弱点，更看到了社会管理体制的弱点，也看到了发展观的弱点。偏离科学发展观的决策必然会失误，必然会给老百姓带来损失。在湖南我也看到了这样的事例。华容县位于洞庭湖的北端，

1998年小集城“退田还湖”，先后有2300多人搬迁，放养了2000多只羊和830多头牛。通过粪例检查，发现人和牛的血吸虫感染率为68%，羊达到310%。

20世纪70年代初，仍在高喊“抓革命，促生产”，高喊“农业学大寨”，向荒山要田，向湖泊要粮，筑梯田，围湖造平原。处在鄱阳湖、洞庭湖、洪湖等湖泊周边的政府都做出了“围湖造田”的决策，结果是湖泊小了，湖水少了，洪涝一来，无法容纳，在疫区水淹到哪里，钉螺栖到哪里。我坚信，各位领导做出这决策时绝对是想为农民增收致富，为了农业的发展。那时口号不是喊得好么：围湖造田，为百姓造福千年。

本世纪初，政府又号召“退田还湖”，目的还是为了农村农业发展，减少洪涝灾害。口号喊得总是暖人心：退田还湖，根绝水患，千秋大业，造福百姓。据湖区5省不完全统计，退田还湖，平垸行湖面积约60多亿平方米，其中90%滩地重新成为钉螺孳生地。受害的自然是湖边周围的渔民、农民、樵民（以收卖芦苇为生的居民）。

湖南益阳市是重灾区，沅江又是益阳的重灾区，位于洞庭湖的南端，现有血吸虫病人4万。其主要原因就是堵水放水，放水堵水，“三分水域三分洲，三分垸田一分丘”。这儿生活的人离不开水。近30年来，一会儿围湖造田，一会儿退田还湖，一会儿平垸行洪，一会筑堤防水，钉螺只进不出，多生少灭。

湖南血防站一名血防干部告诉我，差不多整个洞庭湖都是疫水了。在沅江疫区，血防工作人员大部分精力都用在走村串户宣传上，劝人们不要接触疫水。能不接触吗？

沅江的漉湖有点小名气，是因为有“江南第一苇场”的美名。这儿有11万亩芦苇荡，靠收割芦苇为生的居民几乎是100%染上了血吸虫病，苇场有2000多户人家8000多居民。他们私下告诉我，大人八九成都有这个病，这儿又获得了一个能远扬名声的称号：血吸虫的窝。他们习惯了，他们离不开芦苇，也就离不开血吸虫病，好在又开始免费治疗了，病在传播着，他们的生活也在欢乐地继续着，只当到了晚期，我们才听到悲伤的叹息。沅江双丰乡新民4组的村民，血吸虫到了晚期，要做脾切除等复杂的外科手术，还要用药，最低费用也要3万元。他们家人均年收入为300余元。他只能望湖兴叹了。

经历了几次洪水后，洞庭湖的汉寿、岳阳的血吸虫病人与日俱增，

湖中泥沙淤积，洲土扩大，钉螺分布的面积也在增多。

在洞庭湖边，船家几乎都知道洞庭湖是疫水，他们会警告游客，不能随便去湖中游泳、洗手、洗物。一句话，不要碰水。

然而船工们为了生存，又是不得不与疫水接触的一族。有趣的是，我遇了一个从疫区来到疫区谋生的农民。

老沈是湖北监利县朱河镇沈黄村人，他明知这里疫情严重，为什么还到这儿来？他说，监利县外出打工的人很多很多，年轻人大都是为了避血吸虫。外出可以赚钱又可以不染病，该多好。他都快50岁的人了，已是慢性血吸虫病人，到哪边疫区过日子不都一样，这儿有摆渡，有游客，一个月少则赚到300元，多则500元，比乡里好。他还说，老家得了大肚子病也有活到六七十岁的。赚点钱再开刀，何况，国家对治病还有补贴，不怕。他很坦然地面对。

我在沅江血防站听见过这样一段顺口溜："治完老病人，感染新病人，治完新病人，重复新感染。"在老沈身上确实应了这句话。

我在漉湖镇血防站门口看见这样的标语："一定要消灭血吸虫病。"村民说，这个标语从1970年初写上至今没换过，已经有30年了；再过30年，能应验这句话吗？

登岳阳楼，我想起了另一句话："先天下之忧而忧，后天下之乐而乐。"洞庭湖是壮观的，100多年前是6000平方公里。它是中国第二大淡水湖，解放初期它的面积是4360平方公里，半个世纪来，围湖造田，失去近半。大江东去，泥沙俱下，每年约有0.98亿平方米的泥沙沉积在湖区和河道湖泊内。由于淤积，洞庭湖已支离破碎，再也没有"衔远山，吞长江，浩浩荡荡，横无际涯"的气魄了。湖水不仅有东西南北之分，还有内外之分，内湖就达667个之多，现在的面积是3991平方公里。离开岳阳楼，我心里还在默诵："至若春和景明，波澜不惊，上下天光，一碧万顷，沙鸥翔集，锦鳞游泳，岸芷汀兰，郁郁青青，而或长烟一空，皓月千里，浮光耀金，静影沉璧，渔歌互答，此乐何极！"我在想，不知登楼者今日还能看到这样的景致么？"八百里洞庭"会不会变成"八百里疫水"？那时的登楼者将会是一种怎样的心情呢？恐惧？咒骂？悲哀？不屑？望着烟波浩淼、云雾笼罩的湖面，我确实很难表达自己的心情。尽管疫区的一些老百姓谈起血吸虫病时很轻松，很无畏（该是很沉重，很无奈吧）；尽管漉湖的江南烟雨景致十分迷人，迷人得让你情不自禁地

念出“草长平湖白鹭飞，夕阳箫鼓几船归”的诗句；尽管那新抽的秧苗和葳蕤的苎麻连成的满目葱绿还在眼前，尽管堤坝上白云下那吃草的牛羊静静地享受着休闲的美好还留在记忆里，尽管，尽管……然而，我总感觉到洞庭湖上烟波升起的是团阴影笼罩在这儿的上空，阴影能抹去吗？

湖南省最近提出要实现的最新目标是，到2005年，全省居民血吸虫病患病率由现在的7.23%降至5%以下，垸内（堤内）钉螺面积由目前的5.9万亩减少到4万亩，血吸虫病流行县（市、区）全部达到疫情控制标准。一位领导还说，希望通过退田还湖，到2010年洞庭湖面积达到4577平方公里。

但是，一些基层血防干部对完成这个目标并不乐观。他们说，洞庭湖每年都要发洪水，那些被洪水漫过的地方又有钉螺，重新成了疫区，钉螺怎么灭得过来？洞庭湖的环境不改变，钉螺就不可能消灭。孰是孰非，谁能验证？

专家们说，自然因素变化已使常规防治措施对湖区的血吸虫传播控制能力逐渐降低。再加上人为的因素，使这场人民战争持续了半个世纪，回答只能是：任重道远。

6余江写下的启示

1986年国家决定撤销中共中央血吸虫防治工作领导小组及其办事机构，移交国家卫生部领导。其后，国家卫生部管理、协调，全国血防工作职能逐步削弱。“人民战争”再也难以组织发动起来了。1956年成立的中央血吸虫病防治工作领导小组包括有水利、农业、卫生等相关部门。那时，一声令下，各行各业齐动员，千军万马齐上阵。

江西省卫生厅一位领导感叹地说，卫生部门有多大的权？有多少钱？能叫得了谁，又有谁愿意听你指挥？大部队调不动，小部队、专业部队举步维艰，溃不成军，岂有不败之理?

在2004年春，我读到了这样的报道：国务院决定成立血吸虫病防治工作领导小组，由中共中央政治局委员、国务院副总理吴仪同志出任组长。吴仪同志在领导小组第一次会议上强调，国务院有关部门和有关地方各级人民政府要切实负起责任，抓住源头，综合治理，坚决遏止血吸虫病疫情回升势头。

我又读到另一篇报道：余江县创造了连续45年没有血吸虫病的奇

迹。人们会问，难道这45年间，余江真没有出现过钉螺？如实地说，出现过，第一次是1973年的冬天，邓埠镇农民于青海在白塔河邓埠浮桥边无意中发现了一只钉螺。县委连夜召开常委会分析研究对策。第二天，县领导带头，发动全县干部群众3000多人，从马荃镇至邓埠镇铁路桥共39公里范围内，一个地段接一个地段仔细排查，连续查了3天3夜，直到未发现第二只钉螺才鸣金收兵。第二次也是最后一次，打的还是“人民战争”，这次是1983年，在省水稻原种场突然发现新螺点，有螺面积2481平方米，组织灭螺队，全面灭杀。为了验证灭杀成功，捕获了618只螺，解剖了500只，全部阴性，又用49只小白鼠做了感染试验，仍全部阴性才放心。21年过去，这期间大规模查螺23次，参加查螺群众2.6万人次，发现一个螺奖励30元。用他们的话说，46年来已把疫区像梳头一样反复梳了几十遍，余江用“关注、科学、投入”给血吸虫病流行画了一个句号。

在湖区，像余江县这样梳理，显然是不可能的，然而，他们的那股执著的精神，那倾情的投入，那科学的态度，那全力的关注，不该值得学习借鉴吗？

如果说，余江县是毛泽东同志亲自树起的一面红旗，这面红旗不能倒的话，那么，四川的满江县用科学的精神开拓了一条山丘型地区灭螺的方法，是改革年代的全新思路。满江县地处川西平原西南边缘，曾是四川省血吸虫病重流行区之一。从1996年到2002年，全县通过实施、综合治理工程，有效遏制了血吸虫疫情的进一步流行。工程项目主要包括整治塘库、人畜饮用水工程、改造沟渠、改造下湿田、退耕还林、沼气池建设以及疾病控制等，项目总投入达9046多万元，分属农业、水利、林业、卫生、畜牧等多个部门。

2004年春国家卫生部疾病控制司组织有关专家对他们的做法进行考查，认为他们做法是可行的、有效的。县卫生局负责同志说，隶属卫生部门资金不到300万元，也就是说，政府各部门投入了9000多万元。

还是关注，科学，投入。这不仅仅是对血吸虫病，也应是针对痢疾、肝炎、结核、艾滋病等常见病、多发病，不仅仅是针对一次性的暴发或流行，而应是动态地不间断地对农村公共卫生投入，不应鼓励预防系统自己“活血”、“造血”，应该给这些无法对投资有回报的单位有计划地“输血”。

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第37节 “救救我的乡亲”(1)

1．穷帽子与富帽子

一位农村问题专家在2003年惊心动魄的5月里，尖锐地指出：在大陆农村还有比SARS更值得关注的事，农村重新出现的肝炎、血吸虫病等，比SARS更致命。目前真正困扰、危害农村的疫情是肝炎、妇女病、性病等过去已消灭今又卷土重来的病，不应该被SARS所掩盖，中国应该加强对农村公卫防御体系的重视。

就在2003年5月14日国家卫生部办公厅发布了两个疾病的应急处理预案，一个是血吸虫病，一个是疟疾，即《疟疾暴发流行应急处理处案（讨论）》。也许是因为有了毛泽东同志《送瘟神》的两首诗，媒体的目光大都汇聚在血吸虫病疫区和血吸虫病人身上。

疟疾，俗称“打摆子”，它肆虐人类已有5000年历史了。世界卫生组织的数据显示，目前仍有92个国家和地区处于高度和中度流行，每年发病人数为3亿，死亡270万人，其中2／3是儿童。在非洲，曾经每30秒夺走1名儿童。在我国广东、广西、海南、云南、四川曾是疟疾的主要流行区。新中国成立之初，广东省105个市县均有疟疾流行，年发病率达3.5％～4.9％。

1969年全国发病人数超过1000万，1970年发病率达到2□96％，20世纪70年代末发病率逐渐下降。近几年，由于人口流动，发病率在回升。广东省在70年代末发病率下降到0.73％，90年代中期回升到1.24％，四川省报告的恶性疟疾疾病到2004年截至7月比2003年同期上升91％。回升的原因是什么？

疟疾是疟原虫经按蚊传播的寄生原虫病。在农村，没有能封闭的卧室，没有空调，没有消灭按蚊的有效药物。患者最多的自然是农民。顺便说一句，过去，我国的嗜人按蚊只分布于北纬33°以南低山丘陵区。近年的研究已证明，在我国东北辽宁也发现有传播疟疾的嗜人按蚊。该蚊在我国分布仅次于中华按蚊，其传疟作用比后者强20倍。有嗜人按蚊的地区，如粤、鄂、川、豫、苏、沪等，每年的疟疾发病数占全国疟疾发病总数40％。这是气候变暖的原因；其次是农业结构的调整，把原来种粮食的旱田改变为种养经济价值高的水生作物，在淮河以北屡见不鲜，

这为中华按蚊的生长提供了有利环境。最突出的例子就是河南省商水，农民在原来的田里放水养藕，结果一年全县就出现上千名疟疾病人。

面对传染病或慢性非传染性疾病，我们再不应简单地认为仅仅是一种病毒或细菌的传播与扩散，应该看到医学科学中的社会学成分的浓度与日俱增。在社会的变革与转轨过程中，社会因素往往成了某一疾病发生、发展转轨等过程中的主要因素。专家们说最主要的原因是人祸，疫情漏报、瞒报和不正规治疗是导致5省及全国其他地区疟疾疫情回升的主要原因。河南省调查发现，2000年该省商水县疟疾病例超过700例，重点村发病率超过2%，但全县无一例病例报告，2001年1—7月该县报告病例344例，但实际病例超过1500例。安徽省五河县2001年1—8月报告病例233例，而实地调查病例数不少于5000例。湖北省枣阳市2000年报告病例174例，不到实际病例的20%。江苏省泗洪县2002年1—8月上报104例疟疾病例，检查发现漏报的达到90例，其中一个乡有19个病例，但无一上报……上述情况在目前淮河流域比比皆是，就此疟疾流行开去。

像艾滋病、性病的流行和蔓延，慢病发生和发展中的生活行为方式，已经不仅是疾病的成因，而是成了疾病的主因，一些严重危害人类健康的疾病，如癌症、乙肝、艾滋病、结核病、糖尿病等，生物学手段已经无能为力，或者是收效甚微，主要的预防手段是人们生活行为方式的转变，或生活环境的改变。

9亿农民的生存环境与生活方式发生了巨大的改变，袭击他们疾病的种类方式、力度与速度也在发生变化。如果按九江一个朋友所言，把血吸虫病视为一种疾病符号，完全可以证明社会因素的凸出。明知是疫水，为了生存，农民还得天天与疫水打交道；明知是疫水，农民无法离开故土。他们不得不与血吸虫共舞。

变革转轨的过程中必定会出现贫富两极。那些没有甩掉贫穷帽子的农村和农民，生存环境受到污染，生活条件简陋不洁，接受教育机会偏少，文化素质低下，身体营养得不到保障，社会信息渠道难以通畅，他们自然成了疾病袭击的主要对像。

1999年有一份调查统计，报告我国城市居民病伤死亡原因的前4位是：恶性肿瘤（24.93%）、脑血管病（20.43%）、心脏病（17.61%）和呼吸系统疾病（13.31%）；农村则是呼吸系统疾病排第1位(22.46%)，脑血管第2位(18.95%)，恶性肿瘤排第3位(17.73%)，心脏

病13.08%列第4位。与1957年相比，处在前3位的是：呼吸系统疾病、急性传染病、肺结核。于是有了这样的结论：六七十年代，肝炎被称为“黄病”，面对这无药可救的“黄病”，世人谈病色变。到了70年代，特别是改革开放以来，随着我国生活水平的提高和卫生事业的进步，地方性甲状腺肿、克山病、夜盲症、佝偻病等营养缺乏病已经大大减少，也陆续消灭了霍乱、鼠疫、斑疹伤寒、黑热病、其他传染病及死亡率迅速下降。

不仅城市如此，在农村也出现了类似的变化趋势，要富裕与健康同行。我国百年来疾病的变化，生动地反映了我国社会的进步和时代的发展。这标志着我国已经从百年前积贫积弱的旧中国跻身到世界经济大国的行列中，由于贫困而引发的疾病逐渐远离我们，而由于营养过剩和不平衡所带来的后果则悄悄浮出水面。

富裕了，一些新的疾病正悄悄向已经富裕起来的人们靠近，所谓“富贵病”，主要是指心脑血管病、肿瘤、糖尿病、肥胖病、脂肪肝等等，也就是祖国医学所称的“逸病”，是由于“过食膏粱厚味或过逸于舒适少动”而导致的疾病。医学专家分析，由于人们在生活改善后过多食用高热量、高脂肪、高蛋白的食物，从而导致这些“富贵病”的产生。

这种结论，对于农村是否为时过早?我读罢，大感不惑。“黄病”并没有走远。中国是“肝炎大国”，我国人群中乙肝病毒阳性者（携带者）约有1.2亿，农民是肝炎队伍中的主力。病毒性肝炎是由肝炎病毒引起常见传染病，具有传染性强，流行面广，发病率高，传播途径复杂的特点。病毒性肝炎分甲、乙、丙、丁、戊5型。其中乙、丙型肝炎都具有病程长，部分病人难以治愈，并有变成肝癌的可能。

社会上常说的乙肝指的是病毒型乙型肝炎，平均每年约有27万人死于乙肝相关中末期肝病和肝癌。全国慢性乙型肝炎现症者约有2000万到3000万人。70%的肝癌与乙肝有关，全球每年100万人死于与乙肝病毒相关的慢性肝病。

2．“乙肝大国”：戴上帽子的都是谁？

1991年9月13日下午，国家卫生部会议室里。

国家卫生部原部长陈敏章教授召集部肝炎领导小组、部肝炎专家咨询委员会全体成员，对推开全国新生儿乙肝免疫行为做最后一次论证，

他们就免疫接种程序、疫苗质量保证、疫苗供应渠道等等议题一一展开讨论。会议确定，这场大战从1992年元旦开始，先城市后农村稳步推进，用50年时间，将我国人口乙肝带毒率从10％降至1％以下。

一个月后，陈敏章来到湖南湘潭，向来到这里的全国卫生系统干部发表讲话："我国有一亿两千万乙肝病毒携带者，每年还有百万新生儿进入这个行列，再不能等了！卫生部决定，实施新生儿乙肝免疫策略，通过两三代人的努力，摘掉'乙肝大国'的帽子！"

按照国家卫生部制定的全国统一的免疫接种方案，在婴儿降生当日接种第一针乙肝疫苗，待其满1月龄、6月龄时再分别接种第二、第三针。此后连续5年，陈敏章部长年年主持召开全国新生儿乙肝免疫接种专题工作会，总结一年战绩，下达新一年工作进度表。不久，卫生部又明确将肝炎列为国家控制的重大传染病。在全国范围内开展影响农村新生儿乙肝免疫接种调查，推动农村战场加速扩展。

遏制乙肝病毒传播，最有效的办法就是对新生儿进行免疫接种，老部长陈敏章教授狠抓了这一项工作。然而由于西部的贫困，12年过去了，在西部有些县新生儿的乙肝疫苗接种率仍然为0。

乙肝疫苗接种的任务是由村医完成的，村医做计划免疫工作，除国家每年补助300元外，没有任何报酬。连药带注射虽是有偿的，政府规定只能收3元钱。有些村，农民穷，3元钱也付不起。不种，村医责任担当不起，打一针，村医要倒贴，这还不算去县城取疫苗的来回路费，上门服务费及不能在家看病的误工费。很多村医不愿接受这项工作。卫生院有规定，不协助接种疫苗者不能担任村医，一些人便放弃了村医的工作。因为孩子要在出生24小时内接种，往往，产妇一家人没有这方面的知识，既没抱孩子去接种，村医也没上门接种，还有超生的、进城打工的，漏种的不少。

2002年，中国肝炎防治基金会与美国百时美施贵宝基金会分别在陕西、甘肃6个贫困县试行农村乙型肝炎防治健康教育项目，探索农村推行乙肝计划免疫的有效模式。1年半后，6个试点县乙肝疫苗接种率提高了几十个百分点。

2003年底，农村乙型肝炎防治健康教育项目即将到期。这意味着将不再有项目资金继续投入到乙肝防治宣传中，几个试点县搞疾控的官员们一直在思考着这个敏感而又现实的问题。

甘肃省疾控中心的数据显示，与试点县康乐、会宁同在临夏回族自治州的一个县，由于没有项目的支持，到2003年为止，新生儿乙肝疫苗接种率仍然为0。而康乐和会宁，现在第一针接种率分别为61.7%和94.9%。

一边是0，一边是94.9%，反差实在太大了。如何让农村的每一个新生儿都远离乙肝？这个问题摆在了全国卫生防疫人员面前，也摆在了热心支持中国卫生事业的企业面前。

2004年3月12日，在《农民日报》第4版上，我读到了四川省眉山市人大代表的一份建议案，题目是《在成人中推行乙肝疫苗接种》。她考虑的想到的是农民，目前我国仅只有少数大城市开展了成人乙肝疫苗接种，农民几乎没有接种。乙肝已成为广大农民因病致贫的一个重要病种，而且成为外出打工的一大障碍。

继写出《我向总理说实话》后的李昌平，在2004年初又出版了他的新书《我向百姓说实话》。在《救救我的乡亲》那篇短文中，披露了"乙肝"病对农民的生命的摧残，对农民发展的危害。一个仅有235口人的小组里，有80%人感染了病毒，有1／5以上家庭的主劳力因乙肝所丧生。文中讨论了乙肝发生传播和加剧的8条原因：

(1)村民肝病知识严重缺乏；

(2)不良习惯造成家庭内部传播和交叉感染；

(3)饮食无节，劳逸无度，使病情恶化；

(4)医院收费高，就医难；

(5)饮水污染严重；

(6)血吸虫病雪上加霜；

(7)政府心有余力不足；

(8)农民收入低负担重，看不起病。

李昌平不是医务工作者，8条原因，条条在理。

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第38节 “救救我的乡亲”(2)

8条原因中，2、6两条与生理、病理因素相关外，其他几条都可以归为生活行为方式、生存环境，均系人为可控因素。

2004年1月14日星期日，《南方周末》头版发表了由江华、曹海东采访的报道：《一个“乙肝村”的现实和期盼》。我摘录文中的几段文字和几组数字：兴旺村2组235口人中只有劳动力113人，死于肝病的人中，30—45岁有6人，45—60岁的6人。

根据湖北省疾控中心、湖北省中医学院以及荆州市、监利县有关单位专家组成的所公布的数据，在兴旺村总共检查的876人中，阳性（含表抗阳性、大、小三阳）40人，阳性率为4.56%；其中兴旺村2组检查53户211人，有乙肝病史的家庭有21户，阳性率为10□86%。与全国10%的平均带病毒率相当。兴旺村2002年人均收入800元，2003年仅仅有500元。

水是生命之源，再看看这个村的饮水。由于兴旺村的地势比较低，螺山干渠（与兴旺村一堤之隔）的水位要在汛期上涨、灌。每年3月份的时候，与外界相连的水路的闸门就要关闭，一直关到10月份。在这经过漫长炎热的夏季蒸焙，兴旺村已经处于一片死水中，这段时间，水开始发绿，咕嘟咕嘟冒泡！

每到雨季，只要降雨100到200毫米，整个兴旺村就一片汪洋，死鱼、死牲畜、粪便、垃圾都迅速地从暗处漂到河道内，“一片白色！”可是村里人还要吃这样的水，有些比较殷实的家庭，实在吃不下这里的水，自己建了压把井，井深约20米。但他们万万没有想到，从压把井流出的清澈的水竟然无法饮用，清水的含铜量很大，达不到饮用标准。联合调查组来到这里的时候，揭开锅，里面的饭全是黑色！还不如吃脏水，2组村民只好放弃清澈的水，继续饮用沟港、水塘里的脏水。

湖北省卫生厅文件——鄂卫生文［2003］51号报告说，兴旺村2组生产生活饮用水源老林长河，上、中、下段以及农户压把井5个饮水区域的CoDCr化需氧量、氨氮和溶解氧均超标，兴旺村老林长河已不能作为集中式生活饮用水地表水源地。不洁饮水，这是导致兴旺村村民患乙肝的主要原因。

2003年3月24日，中央电视台《经济半小时》栏目就兴旺村乙肝得病率高的状况进行了报道，引起中央、湖北省的重视。中央、湖北组派联合调查组对兴旺村的乙肝状况进行了调查，要求改善兴旺村的水环境，对兴旺村进行改水、改厕，并拨专门款项。

2004年初，记者在兴旺村看到了各级政府的公文和中央、湖北省高级官员的批文，专家组建议：县乡各级政府应对类似兴旺村这样的贫困村制定优惠政策；有关部门要保证村民有厕所，有卫生清洁水；有关部门要加强普及防病治病常识，健全三级预防保健网络……

2003年3月25日，中央电视台报道的第二天，监利县委的一位杜书记主持召开了现场会，专题研究兴旺村的情况，明确指出确保年底前让村民吃上卫生放心水。此外由财政支持，解决兴旺村行路难问题。

可是，截至2004年1月7日，兴旺村实现的目标是：82米深、花费4万元的深水井已完成，但是配套资金不到位，兴旺村仍然没有喝到卫生水。

那口已经打好的井（82米，水质符合标准）建在兴旺小学教学点的一个角落里，被封着，上面连着水管，再没有其他配套设备。虽然现在可以从里面抽水出来，但是只能满足周围几户。村主任告诉我们，目前村里只拿到5万元的改水资金，其中4万元用来打井，“根本不够，还要建泡晒池、机房、水塔！”因为这项资金，徐祖保已经2次去省城，5次去市里，去县里不知其数，改厕资金应该到位10万元，但是到了2004年初，仅仅到位5000元。

应该说兴旺村是幸运的，从中央到地方，各级政府都十分重视，尽管投入还有缺口，总算迈出了坚实的一步。

其实，像这样饮不洁水的村庄又何止一个兴旺村?在山西、陕西、甘肃，在河南、江西、安徽的一些缺水乡村都有这样的病人，都发生过这样的惨景。正如该文所述，所幸的是，政府还在做艰难而漫长的努力，政府拯救兴旺村（其实是我们的农村，我们的农民，我们的父老乡亲）的蓝图和计划，需要踏踏实实地实现。

“救救我的父老乡亲！”不仅是李昌平一个人在呼喊。

3肺结核：“富贵病”直逼农民

又是农村！又是农民！

在旧社会称之为“富贵”病的肺结核，在20世纪五六十年代我国就曾宣布已经基本消灭了肺结核病，今天正以逼人的气焰卷土重来，浩浩荡荡杀入了国门。

说它浩浩荡荡是因为袭击的人数多，袭击的速度快。全世界现有结核病人2000万，约占世界1／3的人口，感染过结核菌，每年新发结核病人约800万～1000万，有200万～300万人死于结核病，相当于每10秒钟就有1人死于结核病。

2004年9月3日，国务院副总理吴仪在全国结核病防治工作电视电话会议上告知，我国现结核病患者450万人，居全球第2位，是全球22个结核病高负担国家之一。一位专家说我们患者几乎占世界结核总病数的1／4，全国有近半数人口感染过结核菌，明显高出全球1／3人口感染的水平，每年还新发生活动性肺结核病145万例，其中传染性肺结核（涂阳肺结核）65万例，每年约有13万人死于结核病。

又是农村！又是农民！

全国大约80％的结核病人在农村。是农民。中西部结核疫情明显比东部沿海省份高出2倍。也就是说患者大都分散在贫困的农村，大都是没有医疗保障的农民。染上了结核病就意味着继续贫困下去，就意味着生命在贫困中结束，这一辈子、这一代人或两代人都会陷进贫困的泥潭里。

这是一组令人揪心的数字和现实：结核病袭击的对象为农村的主要劳动力，我国75％肺结核病人处在15岁—54岁的年龄段。在农村这正是务农打工挣钱的年龄，是家庭的支柱，一旦患上结核病就意味着这个家庭屋顶漏了，大梁斜了。有份调查表明，因病返贫的病种中，结核病排在首位。

贫穷使他们无力去就诊，或无法继续就诊。我国结核病人患者数居世界第2位（仅次于印度），死亡率跃居世界第1位。2002年《健康报》报道耐药性率高达46％，被世界卫生组织列入特别引起警示的国家地区之一，论耐多药结核患者人数，我国仍排世界第1位。2004年9月14日，国家卫生部副部长王陇德答记者问，说：中国耐药性结核患者已达27.8％，其中耐多药结核菌的平均耐药率为10.7％，原因之一是化疗方

案不合理；患者经济困难造成间断、不规则用药。

辽宁省昌图县，从2002年到2004年初，通过体检，发现全县已有结核病人3.57万人，每年新发病人约300名，其中传染性结核占20%，1例传染性肺结核漏检或不治，一年内可能感染10人。住院正规治疗，每月需花费9000元，疗程半年，治愈的费用5.4万元。谁埋单？

在浙江有一个7口之家的农民，6个患了结核病。浙江人先富起来了，先富起来了也经不住这两下折腾。

贫穷让农民患上结核病，流动让结核病得以蔓延扩散，贫穷使农民不能获得治疗或不能获得正规治疗。于是，加速了这种疾病传播的速度。专家们预计在10年内全球将有9000万病例发生，20年内将增加10亿结核病患者，3000万人死亡，3亿健康人受结核菌感染。面对严峻的形势，世界卫生组织不得不每年花费至少3亿美元用于肺结核的防治工作。

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第39节 “救救我的乡亲”(3)

我国政府已清醒地看到和认识到结核病的猖獗与危害，并于2002年，首次成立了国家结核病预防控制中心，首次组建了结核病防治规划国家级督导队，在全国范围推开DOTS（现代结核病控制策略）扩展行动，首次召开中国结核病控制机构间协调委员会，社会多部门携手建起了迎战结核病的联合战线。2003年，利用中央每年4000万元的结核病专项经费及各种国际资助，全国完善的免费抗结核病药品供应系统开始建立，当年共提供免费药品40万人份，完全满足了我国结核病防治机构登记的所有涂阳肺结核病人和部分重症涂阳肺结核病人的免费治疗。

2002年，我国的结核病控制行动获得了国际更为广泛的关注与支持。2002年国际用于结核病防治的支持总金额为2亿多美元，我国即获得了其中的1/2以上。其中，所获总金额1.04亿美元的世界银行贷款与英国赔款，是迄今全球最大的结核病控制项目，覆盖省份16个，预计7年发现并治疗传染性肺结核病人200万人；日本结核病药械援助项目，使我国1.52亿人口受益，11个省份315个县的传染性肺结核病人和重症涂阴肺结核病人，可因此获得免费的抗结核治疗和管理；加拿大国际发展部与世界卫生组织合作，对我国的DOTS（现代结核病控制策略）扩展行动予以支持，从2002年开始每年投入78万美元，用于3个省份鼓励发现结核病病例的报告、管理等。我国对于全球艾滋病、结核病和疟疾基金的申请，结核病一项获得批准，并已确定了4800万美元的支持金额……

为了达到2005年结核病控制全球行动目标要求，我国在努力扩展规范治疗结核病人DOTS（现代结核病控制策略）的同时，也在积极开展对全民结核病防治知识的宣传普及，对基层医生结核病防治技术的培训，以保证及时发现结核病人。全民结核病防治知识的知晓率，村医生结核病防治技术培训率，已经被列为全国结核病防治新10年规划的重要指标。2002年以来，中国疾病预防控制中心结核病预防控制中心不仅开通了面向全民的“中国结核网”，向大众宣传结核病防治知识，而且每月出版发行《结核病预防控制信息》，通过邮局及时传递给基层结核病防治工作者。有关结核病防治规划落实、结核病病例管理、结核病统计监测、结核病细菌学检验等等培训，都已开展。

根据世界银行与世界卫生组织举行的首届遏制结核病合作伙伴部长

级会议所提目标，到2005年底，全球DOTS（现代结核病控制策略）覆盖率要达到100%，结核病人发现率要达到70%，传染性肺结核病人治愈率要达到85%。对于上述3个目标，我国差距最大的是病人发现率。2003年我国结核病例发现率不足30%。

我国政府看到了自己的短处，更珍惜这些资助，国家卫生部迅速确定2004年为我国结核病控制加速行动年。

2004年3月24日是第9个“世界防治结核病日”，其宣传活动主题是：“控制结核病，让每一次呼吸更健康。”就在这个日子的前一周，国家卫生部副部长王陇德来到了河北省易县文化广场，他通俗地向农民询问：“您知道吗？痨病就是肺结核！”

2004年6月，国家卫生部向各地发出通知，要求部分乡镇建立结核病痰涂片检查点，以解决我国农村地区大量肺结核病人及肺结核可疑症状者因经济困难、路途遥远，交通不便，不能及时就诊的现状。数量原则控制在当地乡镇卫生院总数的1／3左右，并以中心卫生院为主。检查点的主要职能是负责周边地区肺结核可疑症状者和肺结核病人的痰涂片检查工作。

就在2004年的春天，我国各省几乎都作出了对结核病人负责查治的决定。浙江省在原每年200万元的基础上提高到每年400万元，从2004年4月1日起，扩大免费检查和治疗的范围和对象，由原来对贫困的传染性肺结核病人治疗费收、减、免政策，扩大到对全省所有传染性肺结核病人（包括外来人员）、没有支付能力的活动性病人（包括外来人口、特殊人群）的免费检查和治疗，以及对可疑肺结核病人免费检查（痰涂片、X线胸片），外来人口一律享受市民待遇。

江西省有肺结核病人20万，贫困结核病人占50%，为贫困结核病人进行查和治是控制疫情的主要方法之一。江西省委、省政府下发了专门实施的办法，要求各级政府承诺免费治疗传染性肺结核病人。从2004年3月1日起，凡来江西省肺科医院就诊的病人一律实行免费提供药品。

2004年9月，国家卫生部又透露，为了激励乡、村医生发现肺结核病人的工作，将从新增加的中央结核病防治经费中，设立肺结核病人报告奖。当乡、村医生报告的肺结核可疑症状者或可疑肺结核病人，经县（市）结核病防止机构检查、诊断为活动性肺结核病人（包括涂阳和初治涂阴活动性肺结核病人）时，要按照病人诊断的数量给乡、村和社区

医生发放肺结核病人报告奖金。这项工作已纳入中央经费的预算中，将在中央经费下拨后开始实施。

控制结核病的春天来了。我们高兴地欢呼。然而，会不会有倒春寒？这不是泄气的话。年轻人并不了解人类与肺结核病斗争的漫长历史，事实上，每个病人（也包括一些医生）觉得无须去了解或关注一些疾病或一个药物的来龙去脉，关心的应该是疗效、用法。然而，致病的结核杆菌，如同孙行者一样在与人类斗争的过程中不停地变换着自己，人类发明的药物往往赶不上它们的变，也就是说，难以制伏他们。科学家们蓦然发现，过去的时间，只是结核的暂时屈服，人类只是短暂的胜利，谈痨色变虽成历史，“超级细菌”却在考验着人类。

肺结核来到我们地球上已有6000年的历史了。迄今，它不但没有被消灭，反而更加猖獗地向人类再次发起攻击。科学家在2400年前的埃及木乃伊体内发现了肺结核的致病菌；在4000年前非洲大像的遗骸内明确发现了肺结核的致病菌。再往前，在最后一次冰川期快结束时，曾在美洲活动的巨大乳齿象就死于肺结核大流行。我国在春秋战国时代就有了肺痨（肺结核）的记载。公元前8世纪的《内经·素问篇》有“五虚五劳”的描述。

1973年，湖南长沙马王堆一号汉墓出土的2100年前的女尸，经医学家验证，她生前曾患过肺结核。在没有发现抗结核药物以前，死亡的阴影一直飘荡在人类的上空。18世纪，伦敦每10万人有700人因肺结核而丧生，当时伦敦有400万人口，就有2.8人万人被肺结核夺去生命。波兰的著名钢琴家肖邦正好生于欧洲结核流行期，他25岁那年（1835年）发病，咳嗽、血痰、低热。他和患结核病的姐姐长期生活在一起，被传染发病的几率高达7成。他的病因由姐姐传染的可能性很高。那是没有抗生素，只靠营养休息治疗的时代，39岁他因咯血、心肺衰竭死去。

多少名人死于肺结核：俄国出生的德国诗人伊丽莎白·库尔曼；美国作家亨利·戴维·梭罗；著名的英国诗人雪莱；德国戏剧家席勒；还有勃郎宁、卡夫卡、勃朗特姐妹、劳伦斯、宫泽贤治、井基次郎、萧红……

我们熟悉的法国文学形象“茶花女”玛格丽特，中国《红楼梦》中的林黛玉均死于肺结核。在中国，一直流传着这样的说法：“十痨九死。”

1949年，全国有肺结核病人2700万，每年死亡人数超过138万，死亡率排第1位。18岁以上的人结核感染率达90%，也就是说，1921年前

出生的人，人人体内都有结核杆菌。局部地区更多，1945年，北京20岁以上的人肺结核感染率为100%。1948年的南京有肺结核病人2万到3万人。1949年的大连，每10万人中就有5000人患肺结核。名人死于肺结核的都载入了史册，而肺结核袭击的对象主要是贫困的饥饿的营养不良的人群，他们的名字早被人遗忘了。

名字虽被遗忘，逝世的生命累起的数字，沉重地压在医学家的身上，那是历史的重任，催促着良知去研究、探索。

1882年，后来被称为细菌之父的生理医学家科赫发现了结核病的元凶是结核杆菌，只要截断结核杆菌的传播，就可以控制肺结核的传播。

有了科赫的指路：防痨教育，肺结核的传播是痰液，是呼吸道，对结核病人的隔离及其用品住所消毒成了最有效地控制流行的办法，死亡率急转直下。这是科学，也是预防肺结核病最有用的知识。

1905年，他获得了诺贝尔生理学或医学奖。

90年后即1995年，世界卫生组织将每年3月24日定为“世界防治结核病日”，以纪念科赫。

63年后，医药学家终于发现一种控制结核病的药物：链霉素。“十痨九死”的悲剧开始慢慢谢幕。正当人类准备欢庆肺结核喧嚣的时代已过去之时，正当一些人认为肺结核已为人们所征服之时，结核病和艾滋病联手卷土重来，一些医学家预言结核病灭绝的声音和肺结核呼啸而来的声音似乎同时在耳边回响，人类给自己开了一个玩笑。

仅在1989—1991年间，亚洲结核病人数增加到1800万，1993—1996年肺结核病人又增加了13%，全世界死于肺结核的病人比死于疟疾和艾滋病的人数总和还要多。据联合国1997年的统计，1996年结核病患者超过700万，其中近300万人死亡，包括10万名儿童。1997年世界有17.22亿人感染了结核病菌，每年新增900万结核病人，约300万人死亡。这一数字超过了肺结核病流行的1900年，那一年全世界才有210万人死于肺结核，当时正是结核病肆虐的时代，当时人类还没有抗结核药物。

人类给自己开的玩笑，损失太大了。每个医务工作者都要反思，都在反思，生命是这样轻而易举地随风飘逝的？

在卡介苗广泛接种的今天，在继链霉素发明后，抗结核病药物不断出现的今天，人们似乎对肺结核失去了恐惧。当代青年人，更多的是农民，失去的更多的是认识，没有认识自然就没有恐惧，没有预防，没有抵御结核病的基本概念。

今天的结核杆菌并非是当年的结核杆菌了，病毒和细菌在自然选择之下在竞争，在变异，在按“适者生存”的原则顽强地对付人类的压制。链霉素、异烟肼（雷米封）等常规常胜的抗结核药物已无力对付结核杆菌了。用医学术语说，产生了抗药性。现在每年记录的600万—800万肺结核新病例中，就有10%的患者至少抗1种结核药，有20%的患者有抗2种以上结核药。在被调查的35个国家里，都发现有抗多种药的患者。最严重的国家有印度、俄罗斯、拉脱维亚、爱沙尼亚、多米尼亚、阿根廷，也有中国。这些数据表明，抗药性肺结核正在世界一些国家和地区悄悄地发生并蔓延开，如果不引起重视，结核杆菌的反击会将人类逼上险途。我们的生存环境，我们的生命时刻受到威胁，死亡的恐怖阴影会笼罩在每一个人的头顶上。

第四部分 疫灾：网破“疫”漏，生命赤裸着面对死亡第40节 “救救我的乡亲”(4)

迄今，各省市均实行了肺结核病免费治疗，但部分地区防治经费仍未到位，或部分到位。一位县医院院长说，我们县传染病院已经变成了综合医院，感染科尚无经费筹建。不可能对全县进行肺结核病普查工作。在我到过的县、乡、村医院几乎都没有看见对结核病预防的宣传。有一项统计表明60%的结核病人没有接受结核病防治知识的宣传，不知肺结核病是传染病，农村青年人更不知把肺结核病和痨病联在一起。

抽样调查发现，有46.5%有症状的肺结核病人从未就诊过，在未就诊的结核病人中，因经济困难未就诊的比例是36.8%，在间断或中断治疗的结核病人中，因经济困难而放弃治疗的病人占44%。目前我国约有30%的患者还处在隐匿状态。他们从没看过病，因为从未看过病，这个隐匿状态的群体的百分点有可能还会偏高。许多农民不懂结核病知识，更谈不上接受这方面健康教育，没有症状，或认为自己能扛得住的症状就不去就医，症状恶化了，难以承受了，也只在村卫生所要点止咳、止痛、退烧药吃吃。没去查病因，谈不上抗结核治疗。就医的人大都在综合医院（如县医院、县中医院）。约40%～50%的结核病人分散在综合医院间断治疗。一是病人不去专科医院，二是综合医院的科室不愿放弃病人，“以药养医”、“以药养科”的结果致真正在各地结核病防治机构接诊病人只占结核病人总数的20%左右。这无疑使抗药性结核增加，无疑给结核病的预防、治疗带来了巨大的困难与障碍。尽管国家宣布免费治疗肺结核。但是宣传力度不够，许多城郊的人都不知晓，就别提偏远乡村的农民患者了。我问过一个进了又出来的农民病人，他说，医院里只有抗结核药免费，医生同时又要我们吃这种吃那种药，住几天院还是得付上好几百元，我们支付不起。医院也有道理，要预防并发症的发生，机体是整体，呈多元性，不能就病论病，从现实情况来看，免费治疗缺乏统一规章制约，出现了好事办坏、真经念歪的现象。正儿八经地念经也有难处。

辽宁省昌图县结核病防治所所长杨伯告诉记者：“国家规定，有3种情况免费治疗，一个是痰中有菌，第二个是新发（病人肺上有）空洞，第三个是粟粒结核。除了这3种，其他的不免费。不够条件的，动员他们在门诊治疗。”

然而很多传染性肺结核患者不是一次就能查出菌来，三次五次才能查出来。痰检不是一次就完了，按照原则，应该查几次。有的农民离医院几百里地，要查三五次，就不来了。没查出来，不等于以后永远不排菌。等到以后，说不定什么时候免疫力下降了，病情加重，随着痰的排出量增多，结核菌的繁殖量也就大了。

2004年春从辽宁省疾病预防控制中心了解到，辽宁省现有肺结核病人6万名，其中传染性肺结核病人约3万。尽管这些病人都得到了及时免费的治疗，但全省每年有约1200人死于结核病，其中很多都是非传染性结核病人。辽宁省卫生厅辽宁省疾病预防控制中心主任尚彦萍说："非传染性病人我们都及时给他们宣传，要全程规范地治疗6个月。但这些病人大部分都在农村，个人经济状况很困难，所以他们很难坚持6个月治疗，往往一两个月后就中断治疗，容易造成复制，将来再发病就变为复制病人，治疗起来就更难了。"

我们还要面对另一个现实，我国现有农民工1亿多人，他们在城乡之间疲惫地流动着，在城市辛苦地劳作着。其生活条件、环境、营养并不比居住在农村优越；相反，他们的生理心理负担比在农村更沉重，他们居住又相对密集，生理和心理的空间被压缩，这无疑给肺结核的流行（包括乙肝及其他传染病）创造了机会。

不敢预言，人类是否会在某一天消灭结核病；也不敢预言，肺结核病像地震、泥石流那样突然袭击突然暴发。但是，我们完全可以这样说，贫困的农民，流动的农民工，未能接受正规治疗的患者，没有接受预防结核的知识宣传的人群，是破解结防难题的几大症结。倘若症结没有理顺，没有解开，必定会出现倒春寒。但愿我的一切忧虑都是枉然。

我们不希望看到，1000万元、1亿元的投入没有落到实处；

我们不希望看到，一个一个卫生院的痰检点形同虚设；

我们不希望看到，流动人群的子女没有享受到疫苗的接种；

我们更不愿看到，耐药性在农民兄弟中扩大着，结核病在传播着……

也许，我们做不到根除结核病，但我们可以做到，病例每年稳定地减少百分之几；还可以做到，尽可能多地发现病源，并对其进行有规则的治疗，在2010年顺利完成发现治疗400万例传染性肺结核病人。

4．艾滋病：又是农村，还是农民

真不愿在这本书中落笔写下这3个字：艾滋病。

1985年7月，北京报道了第一起艾滋病病例。报道说，1985年6月23日，北京协和医院外宾门诊收治了一个已被诊断为艾滋病患者的美籍阿根廷旅游者，不到7天，这个34岁的美国人因患多因卡氏囊虫肺炎而离开人世。这是我国大陆医生首次亲眼看到的艾滋病患者。

18个月后，又有一个旅美9年的香港居民住进了福建省立医院，经诊断为艾滋病胃肠综合症患者，32天后死亡。

那时，大多数中国人都这样认为，艾滋病是西方化的产物，跟中国人没有什么关系。一位官员曾这样回答过记者：中国人的道德观念是堵高高的、无形的墙，是扇厚厚的无形的门，中国人可以拒艾滋病于国门之外。如果说，那时国门初开，思想还处在传统的保守之中，坚信国人的道德观，一两年后，性病广泛传播，就该明眼正视这类疾病的传播。一位专家说，艾滋病传播最快的地区往往是那些不能正视这个问题的地方。

程主任是皮肤科教授。1985年间他接诊了几十例性病患者，完全是出于一种责任感，在20世纪我国就宣布消灭了性病，性病的防治机构也撤消了，防治队伍也不复存在了，在医学教科书中也省去了一章，许多青年医师不认识性病，青年人更不懂性病的常识和危害。他写了几篇科普文章和一本小册子，没有一家卫生小报同意刊登。一位主编说，我们不为天下先。他决定在科室门口开辟了一个宣传栏，还没挂上几小时，马上遭到领导的呵斥：这是宣传我国有性病吗？这是损害我们医院、我们城市，甚至我们国家的荣誉的事……这位经历了“反右”斗争的老专家吓得汗不敢出，慌忙撤下。他心有余悸地告诉我：“感谢邓小平，感谢改革开放，要是在1957年，我又是右派了。”

还有一位科普作家，就艾滋病的病因传播完成了一篇关于艾滋病的科普小说，遭到同样待遇：一是不为天下先，二是上级三令五申不准发表性病等这类疾病的作品。直到1989年这篇小说才得以出版。

10年后，即1999年，一件更让人很想不通的事发生了：一个来自河南上蔡县的医学生告诉桂希恩教授，村里人很多人得了一种怪病，发烧，拉肚子，怎么也治不好，还有一些人因为染上了怪病相继死亡。他

想去实地看看。

桂希恩教授是原湖北医学院第二附属医院传染科主任，医院现改为武汉大学中南医院。他在河南上蔡县文楼村抽了5个人的血样带回武汉，结果发现其中2人为艾滋病毒感染者。几天后，他再次北上，这次抽了20个文楼村民的血样，结果发现10人为艾滋病毒感染者。一周后，他第三次来到文楼村，把抽血的范围扩大到了50多人，这一次，他不仅发现了更多的艾滋病毒感染者，而且在其中还发现了儿童的身影。

一个医务工作者去发现研究探索一种病，这是情理之中的事，令人想不通的是：为深入研究，他居然做了4年多的“地下工作”。为了摸清上蔡县的病情，他不得不东躲西藏，还要找人掩护，使人想起当年在“白区”，在敌人施暴的地方的地下工作者。

事情发生在2001年6月8日，桂希恩独自带着1万多元钱的药品进了村，当地政府闻讯后，派警察前来驱逐。最先听到消息的村民程金迅速向桂教授做了通报，并与其他几个老乡一起，把桂希恩教授藏了起来，半夜再用摩托车把他送到火车站。靠了当地村民的相助，桂希恩方才“脱险”。还真有点惊险小说的味道。桂教授说：“这类事在他身上没少发生。”

终于，桂希恩通过有限的渠道向外界公开了文楼村的情况，“艾滋村”3个字纷纷出现在各地各种媒体上。

一直以来，总认为艾滋病不会或很难传入中国；

一直以来，总认为即使传入也只是在沿海开放城市；

一直以来，总认为吸毒者、妓女、同性恋者、性病患者是艾滋病传播的主要人群。

河南“艾滋村”的公布，国人大吃一惊，竟是内地平原，竟是农民，贫困的农民！

往西，我们读到《甘肃日报》报道：甘肃省只有20%农民知道艾滋病的名字，而艾滋病感染者中有70%是农民，主要是经血传播，吸毒共用注射器所致。在云南、广西，艾滋病患者多为农民。2003年11月30日新华社有一则报道：中国艾滋病总感染人数中80%的被感染者是农民。农民，又是农民！

他们是什么原因染上了艾滋病呢？

穷，卖血！

文楼村（6个自然村）共有村民3170人，参加过卖血的人数1310人，已被确认感染艾滋病病人211人。

1996年7月7日—12日，在加拿大温哥华举行的第11届国际艾滋病大会上，上海生物制品研究所报告了6份来自河南的献血员的血浆感染了人类免疫缺陷病毒（HIV）。然而，医学工作者们的视线并没有继续停留在这里，直到四五年后河南“艾滋村”才渐为世人知晓。后杨村4000名16～55岁的村民中90%都参加过非法卖血，他们当中90%都是HIV阳性，这些人占全体村民的80%。

在河南像这样贫困的村庄，村民贫穷，医疗设施缺乏，文化素质低下，受害者根本不知道自己患的是什么病。他们长期地腹泻，或低热，或消瘦，最多只就近要点止泻药吃吃，一直到寂静地悄然死去。即使知道自己是患什么病，也不可能去治疗，连基本生活都要依靠非法卖血得来的菲薄收入来维持，他们还能做什么呢？除了接受自己命运带来的一切外，他们对于一切都无能为力。

河南省卫生厅提供关于本省艾滋病最新数据是：目前估计的高危人群有200万左右。

2001年调查发现，感染艾滋病的比例已达4001万人，截至2001年底，河南省累计并报告艾滋病病毒感染者1495例，其中发病236例，死亡106例。外界对河南官方提供的这组数不充分相信；河南省反复强调：公布的这个数字是严肃的，是对河南历史负责的，数字将会被历史澄清。2004年再次调查，截至8月31日，共登记既往有偿供血人员280476人，有艾滋病毒感染者25036人，农村患者占97.22%，艾滋病现症病人11815人，86.9%通过有偿输血感染。疫情主要分布在豫东、豫南的38个贫困村，农村病人占98.37%。面对38个艾滋病高发重点村的出现，我们可以提出这样的问题：艾滋病是怎样在河南省蔓延开来的？输血。非法采血供血为什么会失控？太穷了。其他省难道没有比河南省更穷的人群吗？供血者怎么会有艾滋病病毒感染者？当媒体披露艾滋病在河南省悄悄传播时，政府为什么没有采取行动？河南省省防疫部门真的不知有“艾滋村”存在吗？为什么一个艾滋村的发现和向外界的公开都是由外省专家进行的？

考证第一个入侵河南的艾滋病病毒感染者是谁？用什么方式进入河南，这已是非常困难的事了，溯流而上，去追究什么责任已没有多大意义了。河南省有关部门已向媒体作出了答复：

他们说，1993年左右，几乎所有的政府部门都在大办经济实体，血液制品厂受当时生物制品过热的影响，盲目扩大生产规模，抢占血浆市场，擅自到各个省份设立单采血浆站点，大量采集、收购原料血浆，用于生产血液制品。河南是人口大省，很快成为全国各血液制品生产厂家原料血浆的主要供应地。当时，河南全省上下血站泛滥，涉及了许多行业和部门。1993年来河南卖血的有湖北、湖南的农民，还有西北、西南的农民。或被骗来，或被逼来，或想赚点钱找上门来。河南省首次发现本省的艾滋病病例，是在1995年3月8日，该省卫生厅疾病控制处的马士文是河南这一重大事件的见证者。

河南一农民在昆明接受血液检测时，被发现感染了艾滋病病毒。河南防治艾滋病的历史从此开始，在河南发现艾滋病之后的第二天，1995年3月9日，河南省政府转发了国家卫生部关于加强血液管理的紧急通知，加强采供血机构的整顿。1995年3月31日，河南省政府发布命令，要求全省关闭所有的单采血浆业务。

1995年5月3日，省政府批转卫生厅关于迅速控制艾滋病的紧急报告。

1996年，在河南私下采集血液、血液市场取得良好的整顿和控制之后，卫生厅和公安厅联合发文，严厉打击非法采集、倒买倒卖人体血浆的犯罪行为。

第五部分 寻觅：为农民健康埋单的出路在哪里?第41节 阳光下的盼望

人类一切努力的目的在于获得幸福。

——摘自手记

2000年人人享有初级卫生保健。

——中国对WHO的承诺

阳光下的盼望：怀念与陌生

江洲乡位于长江中游上的一个冲积平原上，长60里，宽20里，最窄处5里，可耕地约4万亩，与九江市隔江相望，摆渡只要10几分钟，20世纪五六十年代到九江坐的是木帆船，顺风顺水还行，逆风逆水到九江市中心西门口要1个半小时。1998年夏天长江洪水暴涨，江洲破堤，全国闻名。其实在这之前，江洲的棉花已小有名气。那儿土肥地多，农民较早地走上了富裕的路。就医的观念也就发生了变化。段海元是江洲乡一个老农，他告诉我，生活在洲上的他已是第六代了，他亲身感受到就医的变化。

1956年段海元从江洲小学毕业，考取了九江二中（解放前叫同文中学，方志敏烈士曾就读过的学校）。

1959年他初中毕业，回家务农，是老资格的农民，应该有点代表性。

2004年早春二月，那是一个阳光灿烂的上午，我乘船去江洲采访他。我们并肩在棉田的田埂上走着，空气中飘散着油菜花的香味，远处的树缀满了绿意。他高兴地给我算了一笔账：2003年农村政策好，皮棉收购价格是每斤3元左右，质量好的可以卖到3元5角，棉花亩产一般是550斤，最好的地可产到600斤，平均亩产500斤，每亩平均收入是1500～1600元左右，去掉种子，化肥、除草剂和农业税，有近千元的纯收入。洲上人家一般都有5～7亩地，只要风调雨顺，加上养点猪、鸡，种点油菜，二三年可以盖幢2厅4房的2层楼房。

2003年他患了胆结石，胆囊炎，住进了九江市第一人民医院，抗感

染，开刀取石，花费了1.6万元。

妻子患有慢性骨髓炎，至今已花去医疗费3万元。换算一下，就是他们家损失了一幢装修很好的2层楼房。

中午，他留我用餐。谈起去年住院的情景，愤懑之情又涌上心头。他说，越想少花钱越出事，伤口发炎，医生要用抗生素，尽往高档的用，我们受得了吗？我常和医生吵架，不是为别的，就是要查查他们用的药。医生指责我们农民尖刻、小气、刁钻，其实，他们哪里知道，笔下一画，就是几百几千，我们农民病不起，真的病不起呀！那点药费是我们起早摸黑，到地里一锄一锄刨出来的，是血汗钱哪。针打在手上痛，心里更痛。不骗你，这是真话。后来，医生说还要打白蛋白，促进伤口愈合，我更火了。我晓得白蛋白是好药，好药我们用得起吗？城里人可以用，我隔壁床上1个病人1天1瓶氨基酸，2天1瓶白蛋白。我想吗？也想，没钱，穷，想也是白想。天天和医生吵，想早点出院。

他告诉我，乡下人苦一辈子就是为了盖一幢房子留给子孙，这几年政策好，种田也能赚几个钱，尤其他们是种棉花、经济作物，只要身体好，盖房子买车子都不是梦。别看一年只收入万把块钱，乡下人便宜在嘴里，菜是自己种的；猪肉是自己圈里养的；过年腌的，养了鸡、鸭，吃是不愁，省下的钱就置家业。年纪大了，就怕病，上医院就要花几千元，难哪！他怀念起合作医疗的年代，那年月他病了一次，是胆结石，保守治疗，花费了2000元。2000元相当于今天的2万元，结果合作医疗报销了75%，如今旧的合作医疗垮了，新型的还没有办起来。老了怎么办？想想都急。风烛残年，只望有个依靠。

老人把我送到江边，发出一声长叹："我务了一辈子农，去年过了甲子，还想下田、养猪，赶上了这样的好政策，不干划不来。我没有别的想头，只望多活几年。"像是在暗暗下了个决心后才说："活到70吧！"

"不，你会活到100岁的！"我说。

他笑了，他脸上的笑意也如这早春的阳光一样是灿烂的。阳光在他额上的皱纹里闪烁，看得出他对生命的热爱，对故乡、对土地的眷恋之情正悄悄地爬上他被岁月刀深刻的老脸上。

阳光下他在期待企盼。期待企盼什么呢？

企盼收成与芝麻开花节节高；企盼合作医疗再显辉煌；企盼农村三

级卫生网呵护他们的健康。

九江县黄老门乡杨柳村的农民熊家喜今年61岁。农村办合作医疗那阵子，他不到而立之年。虽然身体健康，总免不了有咳嗽、拉肚子等小伤小病，5分钱挂个号就可以。找赤脚医生要点药，每年每人只要交1元钱，最多一次也没超过5元钱。小伤小病病人不出村，可以不花钱。他们怀念办合作医疗的那些日子。

“合作医疗”在当代青年农民和青年医生的调汇表中是个陌生的字眼。

小郭的老爸是江西省吉水县乌江乡段上村的农民。算是共和国的同龄人，是解放军南下那年出生的。家里几代人在靠种田谋生，人倒下来不知是个什么字。大概是祖父想让子孙识点字，请了私塾先生给他取了个好听的名字叫伴书。可书没有与其相伴。小学毕业就遇上了“三年自然灾害”，回家挖野菜、种地瓜，填饱肚子要紧。20岁时他老爸当了兵，退伍那年响应号召种田务农。祖父一直认为只有种田才能填饱肚子，有粮票顶个屁用。祖父一辈子身子骨硬朗，不知药铺的门往哪边开。他老爸郭伴书却从小就少不了头痛脑热。好在村里办了合作医疗，吃吃药，打打针，方便。每人只要出几角钱。郭伴书当兵回来，合作医疗站就“黄”了。说是村卫生所，实际就是1个私人医生，鬼才知道他有没有行医证。一点头痛脑热就打吊针，没几十块钱别想去看病。现在是小病不敢上诊所，大病不敢上医院，这次得病就在家拖了半年。医生说，要早点来只要2000元钱就可以治好，现在拖晚了就是3万元钱也难保证治好。要治，郭雪保就得回家筹钱，不治就回家，结果是不言自明，主任和他都默默不语。

郭雪保在广州打工，同时还在求学。读的是经济管理专业，他不得不去用经济学的眼光和头脑去审视、去思考。他要算算这笔账才能做出最后的决定。

这次住院费预交金5000元，是他找信用社贷的款，利息是每元6厘。民间贷款比旧社会的高利贷还恶，他不敢借。如果继续治疗的话，至少要贷款3.5万元。年付利息2100元，一年一次还清，本利一起就是3.7万元，按他现在年薪1.2万算，减去个人生活费用、读书费用、养家口费用，一年只能还0.5万元。这还要保证自己在岗；如果回来种田，那就不知要拖到哪年哪月了。这时他想起了老爸说过的合作医疗。合作医疗是什么？为什么可以给农民报销医药费？现在又为什么没有了？能重

新办起来吗？老爸可以加入吗？他决定回乡了解一下。他毕竟年轻，还不到10岁就赶上了责任田到户，十七八岁就赶上了进城打工的浪潮。用他自己的话说算得上是半个广东人了，他长年在东莞、广州、深圳打工，只到春节才回家。家乡乌江留给他的记忆只是孩提目光摄下来的山和水。

2002年，全国农村卫生工作会议召开以来，“合作医疗”这4个字又开始火起来，不过，在其前面加了4个字“新型农村”。合作医疗的新旧之别在哪里呢？合作医疗深受农民欢迎，为什么会中途夭折了呢？

今天，当我们指责“农村缺医少药”，指责“投入不足”，指责“政府职能缺位”，指责“农村卫生事业落后”，指责“不关注农村农民这个大多数”时，我们又不能不实事求是地说，我们的党、我们的政府一直在关注关心农村、农民的健康卫生工作。

第五部分 寻觅：为农民健康埋单的出路在哪里?第42节 寻寻觅觅

1949年10月1日中华人民共和国宣布成立。那时城市人口仅为10.6%，近90%的人口在农村。中央政府深知农民健康的好与坏直接关系到中国人民的健康水平，更关系到新中国经济的振兴与发展。首先想到的是生存环境与传染病的流行。针对新中国成立前，农村卫生条件差，各种疾病猖獗流行，传染病成了农民的头号杀手的问题，建国后农村卫生工作第一件事就是抓预防。1950年春，中央人民政府卫生部与军委卫生部联合发出指示开展春季预防霍乱、天花、结核等病的防治工作。数月后。中央人民政府卫生部召开了第一届全国卫生工作会议，对农村卫生工作做出了特别的决定，指出要有步骤地发展和健全农村基层卫生工作，每个乡都要有医疗卫生组织，国家在县和区一级要逐步建立全民所有制的卫生院、医院，兴办集体所有制的联合诊所。

新中国成立还不到一年，中央政府就开始了农村三级医疗预防保健网的构建。当时我国国力不强，经济不够发达，对占总人口90%的农民的看病不可能由政府包下来，农民看病只能自己花钱，病不起怎么办？几十年的寻寻觅觅终于找到了一种形式叫合作医疗，它是一条为农民看病埋单的光明途径。1978年3月5日，五届全国人大通过的《中华人民共和国宪法》将合作医疗写进了有关条例。诚如世界卫生组织（W□H□O）和世界银行称赞的那样：“为发展中国家解决卫生经费惟一范例。”并以此作为样板向第三世界国家推广。

当代人不禁要问，有这么好的制度、组织、办法，合作医疗为什么会三起三落？为什么至今难以恢复？

解读关键词

关键词之一：合作医疗

《东方红》的歌词是这样唱的：“他为人民谋幸福。”这支歌唱了60多年。今天中国人民幸福地进入21世纪，与全人类一起追求幸福。国家富裕，人民幸福，是中国发展的目标。中央提出的以人为本，科学发展，就是要为中国人民创造一个和谐的社会，创造幸福快乐的明天。我们需要持续的经济增长，持续发展的最后的落脚点是老百姓的幸福欢乐。有些地方的经济发展是牺牲环境和百姓健康，尤其是农民的健康为

代价的。生产指标上去了，人的寿命下来了，钱赚多了，人死多了，何谈幸福快乐？何谈以人为本？其实，中国农民对快乐要求是很低很低的，世世代代苦惯了，他们只希望年年风调雨顺，有好收成，岁岁平平安安，没有病痛。

法国著名思想家伏尔泰说："何谓自由？了解人所拥有的权利并捍卫这些权利，这就是自由。"我想说的权利是农民享受健康的权利。我想起了一个小国家，想起了这个国家的一个人，那就是喜马拉雅山南麓的不丹王国。不丹面积4.7万平方公里，人口170万。重庆市是8.24平方公里，人口是309万。不丹只有重庆市的1/2大，这样一个小国家的国王有句名言："政策应该关注幸福，并应以幸福为目标。"他提出，人生"基本的问题是如何在物质生活（包括科学技术的种种好处）和精神生活之间保持平衡"。不丹王国制定政策的依据是"在实现现代化的同时，是否会失去精神生活，平和的心态和国民的幸福"。我问过十几个60岁的老农，他这生中享受了多少快乐？我问过十几个40岁的老农，他们又享受过多少快乐？我问过十几个青年农民，他们享受过多少快乐？60岁的老人说，从孩子到中年，都在政治运动中度过的，没有感受过快乐，责任田到户那日子最快乐；40岁的中年农民说，国家在5年内要免除农业税最快乐；年轻的农民说，允许我们到城里打工了，允许我们在城里买房，把我们和城里人一样看待最快乐。几个农民快乐的缘由是：政策，给他们享受快乐的权利。

江泽民同志在十六大报告中提出，目前，我们已经实现了现代化建设"三步走"战略的第一、二步目标，人民生活总体上达到了小康水平，要在本世纪的头20年，全面建设惠及10几亿人口的更高水平的小康社会。

江泽民同志又指出，没有农村的稳定和全面的进步，就不可能有整个社会的稳定和全面进步；没有农民的小康；就不可能有全国人民的小康；没有农业现代化，就不可能有整个国民经济的现代化。

应该说，总体小康是一个偏重于物质消费的小康。而全面建设小康社会，除了注重物质生活提高外，还特别注意人们的精神生活、所享受的民主权利，以及生活环境的改善等方面，实现社会全面进步。全面建设小康社会，追求的是物质、政治、精神和生态文明的共同发展。

用现在一句时髦通俗的话说，追求人民的快乐。

农民手中的那张旧船票登上这艘快乐的新客船，我愿加入他们的行列。在这儿竭诚地呼吁：设立一个“农民健康卫生日”（姑且这样称之吧），让全社会都关注农民健康，让农民自己爱护自己的生命。竭诚地呼吁尽快立法保护农民的健康权利。他们不仅只享有初级保健，应和国民一样享有健康生命的权利。不要把农村医疗推向市场，政府应该起主导作用。

这是实实在在的以人为本！

第六部分 卷末赘语第43节 卷末赘语

2000年，联合国的6个机构——世界卫生组织（WHO）、联合国儿童基金会（UNICEF）、联合国教科文组织（UNESCO）、联合国艾滋病规划署（UNAIDS）、联合国人口基金（UNEPA）和世界银行（WB）日前联合发布了一篇题为《卫生——打开富裕之门的钥匙：发展中国家的成功故事》的公报。公报指出，一些令人生畏的疾病如艾滋病（AIDS）、结核、疟疾等流行性疾病不是不可避免的。

联合国儿童基金会执行主席贝拉米（Carol Bellamy）说："一种对于在发展中国家能够控制疾病的怀疑论正在蔓延。正如《公报》指出的那样，这种宿命论简直是不可接受的。"贝拉米说，"应该让人们知道，未来10年，我们会取得巨大成功，但是如果我们现在不同心协力，就会使数以百万计的人无谓地死亡"。

这篇公报分成5部分：结核、疟疾、艾滋病、儿童疾病以及母亲和胎儿保健条件，并对发展中国家的作为作了介绍。

例如在秘鲁，高层的承诺已经产生了世界上最成功的结核病控制计划。按目前的发展趋势，结核新病便将每10年减少一半。秘鲁结核病的诊断和治疗是免费的，而且国家还给低收入的家庭提供食物袋，以鼓励他们完成结核治疗。

例如在越南，政府已经承诺大规模免费提供带杀虫剂的蚊帐和高质量的抗疟药，力争5年之内把疟疾死亡率减少97%。而在非洲的儿童只有1%能用上蚊帐。在许多国家，如塞内加尔、泰国和乌干达等国所取得的经验表明，减少艾滋病感染率是完全可能的。

"20多年的经验已经证明：领导的坚强支持、各方面的团结协作、打消不应有的顾虑、着重于社会脆弱人群、强化预防意识、重视年轻人的预防以及鼓励社区的积极参与，都是预防HIV流行的关键因素。"UNAIDS执行主任彼德·派特医生（Dr.Peter Poit）说。

在发展中国家，70%的儿童死亡是由5种疾病，即肺炎、腹泻、疟疾、麻疹和营养不良引起的。而对于这些疾病只要花低廉的费用就可以预防或治疗。

例如墨西哥，由于政府促进推广使用口服补液盐治疗（每疗程仅花0.33美元）、加强儿童年的麻疹计划免疫以及提供安全供水和改善卫生设施，在10年中把因腹泻引起的死亡减少了60%。其他成功的做法还包括扩大妇女受教育的人数、增加适当的资源投入以及推广先进的粪便管理办法等。

在斯里兰卡，估计有1/3的人口生活在贫困线以下，但是在发展中国家中，斯里兰卡的母亲死亡率是最低的。这个国家的优势之处在于母亲生孩子是在卫生条件好、医务人员技术熟练的医院或卫生所进行。而这些成就的取得是政府承诺改进教育和医疗卫生条件的结果。

公报的新信息，往日的旧记忆，突然交替、融会在一起，在我心中漾开。我应该去为农民做点事，也可以为他们做点事——到农村去，把他们的贫困、患病、防病、治病的现状写出来。让更多的人了解他们、关注他们，都乐意为他们做点力所能及的贡献，共建和谐社会。申请课题，无人喝彩。自助云游，走南闯北。和谐而快乐着，快乐着中充满了和谐。我为自己这个决定、这个行动高兴。尽管亲人、朋友、同事说我有点傻帽。自己却在行走中获得了满足。够了，足够了！愿将傻帽进行到底。

进行到底是有缘由的。

早在1948年世界卫生组织成立时公布的章程，给“健康”下了明确的定义：健康不仅是指没有疾病或虚弱，而包括身体心理和社会适应在内的健全状态。健康实质有两个含义，一即生理健康，无生理性疾病；二是心理健康，无心理疾病。不久世界卫生组织又对“健康”概念具体化了，用“五快”衡量机体健康，用“三良”衡量心理健康。“五快”是指食得快、便得快、说得快、走得快、睡得快。“三良”是指良好的个性、良好的处世能力、良好的人际关系。在这充满竞争的现代社会中心理健康尤为重要。心理健康最基本的标志就是一个人不论在何时何地都能找到幸福快乐的感觉。

在傻帽的日子里，我最能找到幸福快乐的感觉。

我希望永远快乐——进行到底的缘由之一。然而，我也有痛苦的时候，甚至痛苦得不能自拔。本调查没有记录农民的心理健康，没有记录他们因二元结构所致的心理伤害、贫困和生理疾病所带来的心理障碍，如自卑、压抑、封闭、嫉妒、懦弱、暴躁等等。这些心理疾病会给他们

的生活乃至人生带来什么呢？我想继续写下去——进行到底缘由之二。

这是本调查后的文字堆砌，实话丑话都在其中。整本圆珠笔划出的字全是由谭佳小姐一人尽朋友之谊完成的，桂芬小姐又为之排版校正。感激之余，充满欣慰。傻帽居然还有人相助，写的文字居然还愿读，读完还用了两个字来表达："感动"。感人的不是文字，是那些允许我采访的和拍照的农民兄弟姐妹与同行们的经历与事迹。对他们，我在这里深深地鞠一躬，说声：谢谢。

贵在思过，心存此念，笔耕不辍，下篇更好。

谨此。

2004年初夏—2004年重阳节初稿

2005年元旦—2005年春节爆竹声中二稿于"慕容一亚"斋